Coordonare științifică:

EMIL VERZA
FLORIN EMIL VERZA



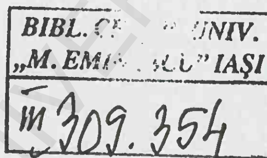
TRATAT DE PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ



editura universității din bucurești®

A U T O R I:

MARILENA BRATU
CRISTIAN BUICĂ BELCIU
DORIN CARANTINĂ
IOAN CERGHIT
VERGINIA CREȚU
RUXANDRA FOLOȘTINĂ
MIHAI GOLU
VALENTINA IVAN
EMILIA OPRIȘAN
MARIANA POPA
DORU VLAD POPOVICI
GHEORGHE RADU
ANCA ROZOREA
ROXANA UREA
FLORIN EMIL VERZA
EMIL VERZA
ELENA VLAD



Coordonare ştiinţifică

EMIL VERZA FLORIN EMIL VERZA

TRATAT DE PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

A U T O R I:

MARILENA BRATU
CRISTIAN BUICĂ BELCIU
DORIN CARANTINĂ
IOAN CERGHIT
VERGINIA CREȚU
RUXANDRA FOLOȘTINĂ
MIHAI GOLU
VALENTINA IVAN
EMILIA OPRIȘAN
MARIANA POPA
DORU VLAD POPOVICI
GHEORGHE RADU
ANCA ROZOREA
ROXANA UREA
FLORIN EMIL VERZA
EMIL VERZA
ELENA VLAD

Coordonare științifică

EMIL VERZA   FLORIN EMIL VERZA

TRATAT
DE
PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ







editura universității din bucurești®
2011

Referenţi ştiinţifici: Prof. Univ. Dr. ROMIŢĂ IUCU
Prof. Univ. Dr. IOAN NEGREŢ DOBRIDOR

Şos. Panduri, 90–92, Bucureşti – 050663; Telefon/Fax: 021.410.23.84
E-mail: editura_unibuc@yahoo.com
Internet: www.editura.unibuc.ro

Redactori:
EMIL CANDEL, AUREL TAFLAN

Tehnoredactare computerizată:
MARILENA BRATU
MERI POGONARIU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României

Tratat de psihopedagogie specială / coord. Emil Verza, Florin Emil Verza – Bucureşti: Editura Universităţii din Bucureşti, 2011

Bibliogr.

ISBN 978-606-16-0006-9

I. Verza, Emil (coord.)
II. Verza, Florin Emil (coord.)

37.015.3:376(075.8)
159.922.76(075.8)

CUPRINS

CAPITOLUL XI
TULBURĂRILE DE LIMBAJ ŞI COMUNICARE

CAPITOLUL XII

CAPITOLUL XIII

CAPITOLUL XIV

CAPITOLUL XV

SUMMARY

TABLE DE MATIERE

CHAPITRE XVII

INTEGRATION ET INCLUSION EDUCATIONNELLE SCOLAIRE CHEZ LES ENFANTS AVEC DES DEFICIENCES

CUVÂNT ÎNAINTE

Tratatul de Psihopedagogie specială este o premieră în peisajul ştiinţific din România şi reprezintă o încununare a eforturilor Şcolii de Psihopedagogie specială de la Bucureşti, la care şi-au adus contribuţia cadrele didactice universitare ce îşi desfăşoară activitatea la secţia de profil a Facultăţii de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, din Universitatea din Bucureşti. Având în vedere intenţia coordonatorilor Tratatului şi aria preocupărilor autorilor, se cuvine să subliniem că sunt cuprinse toate domeniile psihopedagogiei speciale cu o abordare sintetică şi unitară, cu rigoare ştiinţifică şi cu evidenţierea progreselor actuale din ştiinţă, atât autohtone, cât şi internaţionale.

O lucrare de asemenea dimensiuni şi cu o tematică atât de variată are la bază dezideratul nostru de a pune la îndemâna cititorului informaţiile necesare pentru pregătirea şi formarea specialiştilor în domeniul psihopedagogiei speciale, pentru facilitarea accesului la noile achiziţii ştiinţifice teoretice, metodologice şi ale specificului implementării terapiilor educaţional-recuperative a subiecţilor vizaţi, pentru cunoaşterea experienţelor şi concepţiilor teoretice şi practice ale autorilor şi, nu în ultimul rând, pentru afirmarea şi diseminarea informaţiilor în domeniul psihopedagogiei speciale. Aşadar, **Tratatul de Psihopedagogie Specială** se adresează, în egală măsură, studenţilor de la profilele Psihopedagogie, Psihologie, Pedagogie, specialiştilor din cercetare şi învăţământul special şi academic, părinţilor şi tuturor celor care sunt deschişi la actul de cultură.

Ne face plăcere să remarcăm că eforturile autorilor şi competenţele lor profesional-academice au stat la baza elaborării unei lucrări cu adânci rezonanţe în inima cititorului interesat de domeniul Psihopedagogiei Speciale, iar ideile şi conţinutul vehiculat va avea un impact pozitiv asupra dezvoltării întregului domeniu şi va fi apreciat ca un eveniment de contribuţie în mişcarea de idei din ştiinţele psihopedagogice, sugerând aspectele originale din palierele teoretice, metodologice şi practic-aplicative ale terapiilor educaţional-recuperative pentru persoanele situate la extremele dezvoltării, adică sub nivelul majorităţii „normalilor", a celor aflaţi în dificultate şi ale celor care au disponibilităţi superioare, peste limita „normalilor", etichetaţi ca supradotaţi, două categorii de subiecţi ce au nevoie de o intervenţie psihopedagogică specializată, atât în plan educaţional-instructiv, cât şi în cel al orientării socio-profesionale şi al determinării dezvoltării potenţialului psihofizic pentru o afirmare deplină şi pe măsura dată a comportamentelor şi personalităţii. Numai aşa se poate ajunge la o educaţie individualizată în diversitatea structurilor anatomo-psihologice a indivizilor unei societăţi în care mediul natural şi mediul sociocultural marchează o multitudine de factori, favorabili sau mai puţin favorabili, ce îşi pun amprenta pe devenirea umană a individului.

Ideea unui Tratat de Psihopedagogie Specială s-a născut la iniţiativa coordonatorilor, fiind motivată de două dorinţe: pe de-o parte am dorit să punem în evidenţă activitatea ştiinţifică a grupului de specialişti din cadrul Departamentului pentru Învăţământ Superior şi Cercetare Ştiinţifică Humanitas – România şi ai Catedrei de

Psihopedagogie Specială a Universităţii din Bucureşti, iar pe de altă parte, am simţit nevoia să umplem un gol, printr-o monografie care să valorifice realizările ştiinţei psihopedagogice autohtone şi străine, fără a neglija contribuţiile originale, rezultate din cercetări proprii şi din experienţele educative ale autorilor Tratatului.

Dacă am reuşit sau nu, numai cititorul poate să valideze şi să aprecieze munca noastră. Dar, îi cerem să reflecteze că un asemenea Tratat de Psihopedagogie Specială, cu o tematică atât de diversă, şi credem, cu o contribuţie majoră la valorificarea progreselor, achiziţiilor şi a trasării componentelor psihopedagogice în plan teoretic şi practic-aplicativ dintr-o perspectivă atât de complexă nu am întâlnit-o nici la noi nici la alţii. De aici, speranţa noastră că eforturile şi competenţele autorilor vor rămâne ca un act de contribuţie majoră în Psihopedagogia specială.

Iulie 2011

Coordonatorii

CAPITOLUL I
OBIECTUL ŞI METODELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

Din experienţa noastră, legată de abordarea teoretică şi de transmiterea şi implementarea cunoştinţelor, mai ales la studenţi, despre **Psihopedagogia specială** care, de obicei, debutează cu definirea şi circumscrierea domeniului devine o sarcină extrem de dificilă, în ciuda unor aparenţe nejustificate ce, posibilul şi imposibilul argumentării ştiinţifice, nu devine întotdeauna suficient de convingător şi nu demonstrează o rigoare fără echivoc a unei argumentări logice, susţinută de fapte empirice evidente. Când domeniul este relativ nou, cum este şi cazul Psihopedagogiei speciale, dificultăţile abordării acestuia se accentuează, iar prezenţa imaginii de neîmplinire a dezideratelor propuse creează o trăire de nesiguranţă şi frustrare, în raport cu expectaţia formulată la nivelul realizării sarcinii asumate.

Pe de altă parte, nu pot fi trecute cu vederea dificultăţile ce provin din faptul că ideile cu privire la definirea obiectului Psihopedagogiei speciale sunt cu totul sporadic abordate în literatura de specialitate, iar la noi în ţară au apărut unele referiri interesante după ce noi am încercat, cu ani în urmă, să dăm o imagine teoretico-aplicativă a întregului domeniu al Psihopedagogiei speciale.

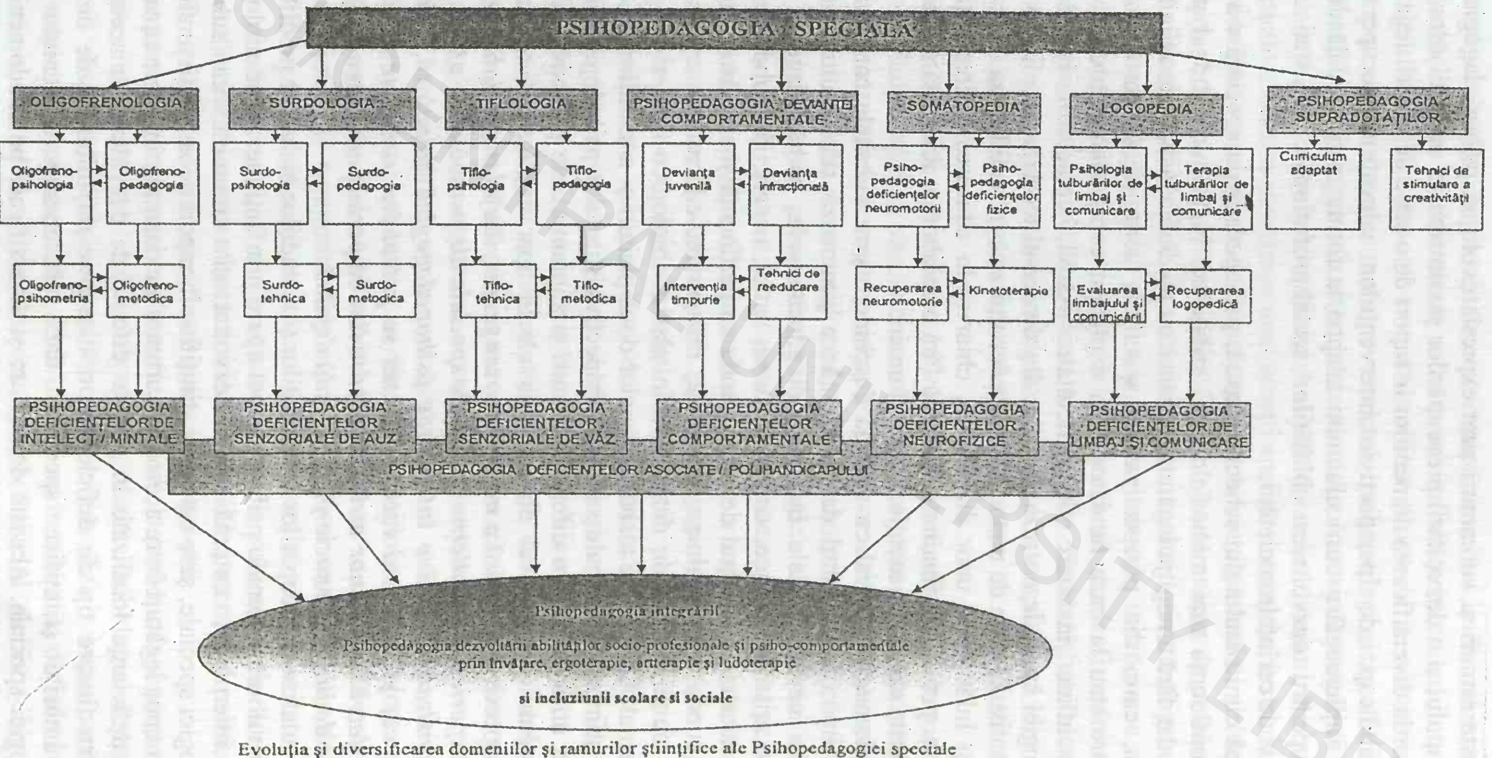
1. OBIECTUL ŞI LOCUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN SISTEMUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

Psihopedagogia specială s-a constituit ca ştiinţă autonomă, la confluenţa psihologiei şi pedagogiei. Progresele realizate în cele două domenii, al psihologiei şi pedagogiei, dar şi în alte ştiinţe ce au în centrul atenţiei omul – medicina, sociologia, fiziologia, anatomia etc. – au creat un teren favorabil abordării activităţii psihice şi comportamentului persoanelor aflate în dificultate, ce au facilitat procesul elaborării unei metodologii educaţional-recuperative pentru a remedia şi corecta unele afecţiuni şi dizabilităţi în vederea valorificării potenţialului psihic restant în scopul dezvoltării unor abilităţi de integrare socio-profesională. Caracterul aplicativ al psihopedagogiei speciale a fost determinat de nevoia de cunoaştere şi evaluare a individului, încă din copilăria mică pentru ca acesta să poată fi instruit şi educat în raport de capacităţile sale psihice şi fizice, astfel încât programele de pregătire şi corectiv-recuperative să fie adaptate la posibilităţile de asimilare şi de răspuns adecvat la situaţiile de mediu cu care interacţionează. În felul acesta, s-a acreditat ideea că diferenţele psihofizice dintre copii obligă la organizarea ierarhică şi diferenţiată a influenţelor educaţional-recuperative în care procesul de pregătire-instruire se structurează pe specificul unor categorii de subiecţi cu handicapuri diferite. Din aceste activităţi practic-aplicative, specialiştii au simţit nevoia conceptualizării şi teoretizării aspectelor ce fundamentează şi constituie domeniul psihopedagogiei speciale. Tocmai din acest traseu particular, de la practic-aplicativ spre cel teoretico-descriptiv, rezultă specificul şi precizia cunoştinţelor care stau la baza caracterului ştiinţific al psihopedagogiei speciale ca domeniu de sine stătător în

constelaţia ştiinţelor socio- umane, menite să probeze valoarea strategiilor elaborate care se concretizează în metodologia de optimizare a procesului educativ, instructiv, recuperativ şi integrativ şcolar şi socio-profesional pentru toate categoriile de persoane situate în afara limitelor de dezvoltare normală. Din aceste idei şi aprecieri rezultă definiţia psihopedagogiei speciale.

Psihopedagogia specială (sau defectologia) este o ştiinţă psihopedagogică ce îşi delimitează aria preocupărilor la persoanele cu abateri de la dezvoltarea normală, persoane cu deficienţe (cu handicap), cu disabilităţi, la studiul particularităţilor psihice, la instrucţia şi educaţia, la evoluţia şi dezvoltarea lor psihică, la implementarea metodologiei corectiv-recuperative pentru valorificarea potenţialului uman restant şi dezvoltarea personalităţii acestora în vederea integrării socio-profesionale cât mai adecvate. Aşadar, psihopedagogia specială se statuează, ca ştiinţă, prin adoptarea unui cadru teoretic riguros şi precis, cu un istoric îndelungat şi nobil ce se bazează pe implicaţiile practic- aplicative în cadrul demersurilor educative, instructive, recuperative, corective şi integrative au devenit obiective majore pentru dezvoltarea de comportamente şi abilităţi de dinamism şi echilibrare a personalităţii, de dorinţe şi motivaţie pentru depăşirea dificultăţilor psihofizice, de *valorificare* a potenţialului restant şi de dobândirea compensatorie a unor activităţi de către subiecţi, în scopul de a ajunge la o construcţie ce îi permite o inserţie socio-profesională cât mai apropiată de cea a comunităţii din care face parte. În acest context au fost înregistrate cercetări şi studii aprofundate, s-au elaborat metodologii educaţional-recuperative adaptate la fiecare categorie de subiecţi cu un tip sau altul de dificultate, iar în interiorul acestor entităţi s-au făcut eforturi susţinute de particularizare a programelor luându-se în consideraţie o serie de criterii ce ţin de gravitatea deficienţei, forma ei de manifestare, de asociere a acestora cu alte handicapuri sau dizabilităţi, de vârsta cronologică şi de cea mentală a subiectului, de condiţiile favorabile/nefavorabile de mediu etc.

Din această perspectivă, au fost realizate progrese însemnate nu numai în psihopedagogia specială, ci şi într-o serie de domenii ce au tangenţe cu nevoile crescânde de cunoaştere şi evaluare a persoanelor afectate în plan biologic sau psihic. Astfel, biologia, fiziologia, medicina, lingvistica, asistenţa socială etc. pot furniza informaţii importante pentru explicarea mecanismelor psihologice ale manifestărilor diferitelor funcţii psihice şi comportamente ale persoanelor aflate în dificultate de dezvoltare, mai mult sau mai puţin normală. Acumularea de cunoştinţe temeinice, bazate pe implicaţiile rezultate din intersecţia biologicului cu funcţionalitatea psihică, au creat un teren favorabil pentru îndeplinirea a două deziderate ale psihopedagogiei speciale, pe de-o parte, de a elabora şi implementa programe riguros ştiinţifice, menite să contribuie la dezvoltarea şi compensarea potenţialului psihologic al individului adaptate condiţiilor sale specifice pentru formarea de abilităţi social-profesionale de integrare în comunităţile normale, iar pe de altă parte, ca urmare a impactului nevoilor educaţional-recuperative personalizate şi adaptate tipului de deficienţă/handicap s-au dezvoltat o serie de ramuri şi subramuri ştiinţifice ale psihopedagogiei speciale dintre care amintim pe cele mai importante în schema de mai jos.



Evoluţia şi diversificarea domeniilor şi ramurilor ştiinţifice ale Psihopedagogiei speciale

Aceste ramuri şi subramuri sunt expresia evoluţiei psihopedagogiei speciale în decursul timpului şi a dezvoltării preocupărilor şi contribuţiei specialiştilor, educatorilor şi terapeuţilor la diversificarea domeniilor în raport de o serie de criterii legate de tipul de deficienţă/handicap, de perspectiva intervenţiilor educaţional-recuperative şi de perspectiva implementării curriculumului adaptat la forma instituţională de instrucţie a subiectului pentru dezvoltarea abilităţilor social-profesionale cât mai apropiate de normalitate şi de cerinţele societăţii.

După cum rezultă din schema noastră, psihopedagogia specială s-a constituit ca ştiinţă la confluenţa mai multor domenii ştiinţifice, în primul rând al psihologiei şi pedagogiei, dar fără a neglija legăturile strânse cu medicina, asistenţa socială, sociologia, antropologia, care, din perspectiva lor specifică, continuă să furnizeeze informaţii preţioase care stau la baza fundamentării explicării comportamentului şi personalităţii persoanelor aflate în stare de dificultate. Astfel, caracterul interdisciplinar al psihopedagogiei speciale nu rezidă numai din demersul teoretico-explicativ ci şi din cel practic-aplicativ. O serie de metode şi procedee utilizate în reabilitarea unor deficienţe, în cercetarea şi înlăturarea unor dizabilităţi, chiar şi în educarea şi instrucţia copiilor şi tinerilor nu îşi pot atinge finalitatea deplină fără o colaborare eficientă a specialiştilor din domenii diferite care au în atenţie subiectul uman.

Ca domeniu general cu o largă deschidere spre diferitele categorii de indivizi afectaţi de un tip sau altul de deficienţă ce generează stări multiple de handicap, dizabilităţi şi nevoi speciale biologice şi educaţionale, psihopedagogia specială s-a dezvoltat pe arii specializate, constituindu-se, astfel, o serie de subdomenii şi ramuri ştiinţifice a acesteia cu scopul de a aprofunda cu pertinenţă şi rigoare ştiinţifică ridicată aspecte de cunoaştere, evaluare, diagnoză, recuperare, educaţie şi integrare socială a persoanelor cu dificultăţi de dezvoltare în planul biologico-fizic şi în planul psiho-comportamental. Ca urmare a abordării celor două planuri şi a studiilor specialiştilor din perspectiva ştiinţelor medicale sau din perspectiva ştiinţelor psihologice şi pedagogice, terminologia utilizată pentru diferitele ramuri şi subramuri ale psihopedagogiei speciale poartă amprenta perspectivei din direcţia căreia apar explicaţiile ce fundamentează domeniul respectiv. ***Dar, fără a nega importanţa contribuţiilor specialiştilor din direcţia medicinei, experienţele moderne şi nevoile speciale ale persoanelor aflate în dificultate ne-au demonstrat că fără o intervenţie psihopedagogică complexă, atât în palierul cunoaşterii, cât şi în cel al recuperării nu se pot obţine rezultate eficiente care să conducă la dezvoltarea unor atribuţii şi atitudini ce permit atingerea scopului final şi anume acela de integrare socio-profesională deplină.***

Din analiza preocupărilor specialiştilor şi a studiilor elaborate pe diferite tipuri de deficienţă şi tulburări somato-psihice ce pot apare prin acţiunea unei etiologii complexe de natură internă şi externă s-au dezvoltat şi structurat, ca subdomenii ale psihopedagogiei speciale, şase categorii ştiinţifice în raport de subiecţii analizaţi dar şi cu intersectarea unor legături între acestea ca urmare a existenţei, în unele cazuri a două sau mai multor deficienţe localizate în paliere diferite de dezvoltare la aceeaşi persoană. Astfel, pentru fiecare tip de deficienţă ori categorie de tulburări de dezvoltare s-au constituit ramurile ştiinţifice specifice dar subordonate domeniului general al psihopedagogiei speciale. Această dezvoltare şi diversificare pe subdomenii are la bază nevoia de cunoaştere aprofundată a specificului fiecărui tip de deficienţă, a modului cum

se constituie şi evoluează personalitatea şi comportamentul indivizilor respectivi, a limitelor şi perspectivelor de dezvoltare psihică sub influenţa intervenţiilor educaţional-recuperative. Din aceste subdomenii s-au diversificat şi o serie de subramuri ştiinţifice prin care s-a pus un accent mai mare pe aspectele psihopedagogice, atât în studiul şi evaluarea subiecţilor, cât şi prin caracterul intervenţiilor în scopul pregătirii pentru viaţa social-profesională a persoanelor cu diferite dizabilităţi sau handicapuri. Pe bună dreptate, orientările actuale urmăresc acordarea unei atenţii sporite procesului instructiv- educativ, dar aceasta presupune nu numai adaptarea copilului la viaţa şcolară ci şi implementarea unui curriculum şi a unei metodologii didactice care să ţină seama de posibilităţile şi de ritmul de dezvoltare ale subiecţilor. De aici şi constituirea unei orientări riguros-ştiinţifice cu caracter psihopedagogic prin care s-a demonstrat că recuperarea şi educaţia persoanelor afectate de un tip sau altul de deficienţă nu poate fi redus numai la o intervenţie de tip medical, oricât de avansată ar fi aceasta. Ca atare, mai ales în ultimele decenii s-a impus orientarea teoretico-explicativă şi practc-aplicativă din perspectiva psihopedagogiei, dar fără a neglija aportul şi colaborarea cu specialiştii din ştiinţele medicale.

După cum se vede din schema prezentată de noi, diversificarea domeniilor şi subdomeniilor psihopedagogiei speciale denotă realismul orientării psihopedagogice şi a modului în care se structurează aceste preocupări deoarece activităţile cu aceşti subiecţi şi rezultatele obţinute în urma intervenţiilor educaţional-recuperative au confirmat studiile specialiştilor potrivit cărora perspectiva psihopedagogică este cea mai eficientă atât pentru evaluarea activităţii psihice, cât şi pentru viabilitatea programelor personalizate în procesul educaţional-recuperativ. Din această structurare a domeniilor şi subdomeniilor, a ramurilor şi subramurilor ştiinţifice ale psihopedagogiei speciale se ajunge la o concretizare pertinentă a conceptualizării diversităţii psihopedagogiei pe tipurile categoriilor generale ale deficienţelor de intelect/mintale, de auz, de văz, de comportament, de structură neurofizică şi de limbaj şi comunicare. Şi, mai recent, pornind de la realităţile întâlnite în practica cazuisticii s-a constatat că unii subiecţi cumulează un handicap generat de mai multe deficienţe, de afecţiuni localizate în sfere diferite ale activităţii neuropsihice şi, de aici, constituirea unui nou subdomeniu şi anume, acela al psihopedagogiei deficienţelor asociate/polihandicapului.

În final, se constituie un nou subdomeniu al psihopedagogiei speciale cu pronunţate conotaţii practic-aplicative, ce vizează, nemijlocit, metodologia educaţional-recuperativă a integrării şi incluziunii şcolare şi sociale ce se realizează prin dezvoltarea abilităţilor profesionale şi comportamentale prin valorificarea activităţilor de ergoterapie, artterapie şi ludoterapie. Aceste mijloace de intervenţie sunt raportate la tipul de deficienţă, la vârsta cronologică şi la vârsta mintală a subiecţilor la nivelul de viaţă favorabil sau nefavorabil în care trăieşte subiectul, dar şi la potenţialul psihic restant şi al disponibilităţilor psihofizice de valorificare a resurselor proprii.

O menţiune cu totul aparte o facem cu privire la psihopedagogia supradotaţilor, care face parte integrantă din psihopedagogia specială. Psihologia supradotaţilor, a persoanelor cu disponibilităţi şi capacităţi psihice sau fizice superioare mediei de dezvoltare a majorităţii populaţiei de vârstă în care se încadrează, obţinând performanţe într-un domeniu sau altul de activitate, ce depăşesc nivelul mediu (obişnuit) şi care necesită preocupări şi atenţie pentru o intervenţie psihopedagogică. În principiu,

persoanele cu o dezvoltare superioară, şi mai ales copiii, au nevoie de o atenţie specială bazată pe intervenţii educaţionale menite să creeze un context al activităţii care să stimuleze potenţialul şi capacităţile de care dispun, să se manifeste în plenitudinea forţelor pe care le au şi, mai ales, să-şi dezvolte atitudini de cooperare şi de lucru în echipă astfel încât să se poată integra eficient în colectivităţile din care fac parte. Nevoile lor generale, dar mai cu seamă cele educaţionale, reclamă o preocupare şi o grijă calificată din partea educatorilor, a părinţilor, a specialiştilor, drept urmare, aceste situaţii justifică încadrarea psihopedagogiei supradotaţilor în domeniul complex al psihopedagogiei speciale.

Schema pe care noi o prezentăm, cu privire la evoluţia şi diversificarea domeniilor şi ramurilor ştiinţifice ale psihopedagogiei speciale, nu vine în contradicţie cu alte clasificări de acest gen din literatura de specialitate, dar o considerăm mult mai completă pentru că ea reflectă preocuparea specialiştilor nu din perspectiva unui singur domeniu (de obicei medical) ci reprezintă o abordare interdisciplinară respectând, totodată, evoluţia acestor domenii din punct de vedere istoric şi chiar mai mult, am păstrat conotaţiile terminologice ce s-au impus într-o bună perioadă de timp ca, ulterior, să remarcăm structurile şi accepţiunile moderne raportate la contribuţiile majore din direcţia ştiinţelor psihologice şi pedagogice care s-au impus atât în plan teoretic, cât, mai ales, în plan educaţional-recuperativ pentru toate categoriile de persoane aflate în stare de dificultate: biologico-fizică, psiho-pedagogică, psiho-adaptativă, psiho-socială, socio-economică, psiho-integrativă etc. Cum am mai subliniat, evoluţia şi analiza preocupărilor din perspectiva psihopedagogică reprezintă latura cea mai fructuasă şi benefică pentru persoanele aflate la un nivel inferior sau superior al dezvoltării şi a abaterilor de la media normalităţii acceptate psiho-social de către societate. Din schema noastră, rezultă că evoluţia ştiinţelor (a disciplinelor ştiinţifice) se conturează tot mai ferm pe aspectele psihopedagogice, dar aceasta nu înseamnă o respingere a aportului altor domenii ce au în vedere studiul şi reabilitarea acestor persoane (în primul rând al perspectivei medicale), dimpotrivă, analiza şi intervenţiile trebuie să aibă la bază colaborarea interdisciplinară şi activităţile în echipă ale specialiştilor psihopedagogi, psihologi, pedagogi, medici, asistenţi sociali, educatori, terapeuţi etc.

Totuşi, considerăm că este interesant să cunoaştem şi alte opinii şi clasificări ale disciplinelor psihopedagogice. În acest sens, **Anca Rozorea** (2003 b) citează clasificarea elaborată de Lagache, Heuyer, Wallon, Launay, care sunt de părere că ramurile defectologiei (similar psihopedagogiei speciale) sunt următoarele:

- pedagogia clinică;
- surdopedagogia;
- tiflopedagogia;
- oligofrenopedagogia;
- pedagogia reeducării comportamentelor,

iar M. Sovak reduce clasificarea ştiinţelor psihopedagogice la:

- psihopedia (analiza deficienţelor mintale);
- logopedia (analiza deficienţelor de vorbire);
- oftalmopedia (analiza deficienţelor de văz);
- somatopedia (analiza deficienţelor motricităţii);
- surdologia (analiza deficienţelor de auz).

După cum se poate constata, cele două clasificări, prezentate mai sus, sunt mult prea generale şi nici nu cuprind toate categoriile de deficienţe. Spre exemplu, prima clasificare nu se referă la deficienţele neuromotorii şi fizice, nici la tulburările limbajului şi comunicării, iar cea de-a doua (a lui Sovak) se referă la anumite deficienţe de comportament. Ambele clasificări operează cu o reducţie a ştiinţelor psihopedagogiei speciale (defectologiei) la domeniile cu caracter general şi nu ţin seama de progresele şi de tendinţele contemporane care au dus la creşterea unor ramuri şi subramuri ştiinţifice ce fundamentează întregul domeniu al psihopedagogiei speciale, astfel încât facilitează înţelegerea şi raportarea specialiştilor şi educatorilor la demersurile teoretico-aplicative ca şi la cele educaţional-recuperative.

O clasificare riguroasă a ramurilor şi subramurilor psihopedagogiei speciale, din punct de vedere ştiinţific pentru deficienţele de vedere şi de auz o realizează **Anca Rozorea** (2003 a şi 2003b), în care se adoptă criteriul esenţial de diversificare a ştiinţelor şi criteriul de analiză interdisciplinară prin dezvoltarea psihopedagogiei speciale la interferenţa psihologiei şi pedagogiei. Acestea sunt dezbătute de autoare în capitolele Tratatului referitoare la deficienţele respective. Unele referiri la domeniile psihopedagogiei speciale le fac şi alţi coautori ai tratatului de faţă, atunci când analizează celelalte deficienţe.

Această situaţie şi dorinţa noastră de a nu provoca suprapuneri ale conţinutului, ne scuteşte de o definire amănunţită a fiecărei ramuri şi subramuri din clasificarea şi diversificarea domeniilor psihopedagogiei speciale, pe care am prezentat-o în schema de mai sus şi care credem că îndeplineşte rigorile şi realitatea domeniului.

2. DELIMITĂRI CONCEPTUALE

Numărul mare de termeni utilizaţi în psihopedagogia specială provin nu atât din sensul şi semnificaţia acestora, cât, mai ales, din concepţia şi atitudinea autorilor faţă de persoanele aflate în dificultate de dezvoltare sau din evoluţia cunoştinţelor şi tendinţa de a evita, pe cât posibil, acele concepte care au căpătat o conotaţie negativă. Aceste situaţii nu constituie, totuşi, o formă în dezvoltarea domeniului, dar pot crea unele incertitudini, pentru nespecialişti, de raportare la terminologie. Şi termenii folosiţi în legislaţia din diferite ţări, inclusiv din ţara noastră, nu sunt de natură să clarifice lucrurile, ba, mai mult, se oscilează între o terminologie sau alta pe nişte criterii nedefinite, neexplicate şi nejustificate din punct de vedere ştiinţific, provocând o stare de confuzie şi, cel mai rău, de adoptare a unor concepte polisemantice, cu un conţinut extrem de general ce poate fi extins asupra oricărei persoane care prezintă chiar şi o dificultate minoră în dezvoltare sau adaptare (vezi termenul de dizadaptabilitate).

În aceste condiţii, analiza noastră se axează pe terminologia ştiinţifică şi reflectă opinia la care ne raportăm respectând, totodată, accepţiunile ştiinţifice şi acoperirea semantică a conceptelor operative. Nu avem pretenţia de a nega alte opinii, dar ne exprimăm convingerea că nu ne putem structura modul nostru de raportare la o terminologie conjuncturală care nu este justificată pe deplin de criterii ştiinţifice, ci pe situaţii impuse de argumente numite „umanitare" sau de afirmaţii gratuite, justificate de principiul „integrării persoanei" ca individ uman. Esenţial este să percepem că orice persoană dispune de un potenţial caracteristic cu drepturi şi şanse egale la viaţa socială.

Noi nu excludem caracterul umanitar şi atitudinea pozitivă faţă de persoanele aflate în dificultate, de o natură sau alta, dar pentru a le ajuta este nevoie să pornim de la concepte riguros ştiinţifice ca să ajungem la programe educaţional-recuperative cu caracter personalizat şi grupal, bazate pe o metodologie adaptată la posibilităţile subiecţilor.

De obicei, terminologia folosită în literatura de specialitate, şi, respectiv, opţiunea specialiştilor pentru un termen sau altul se raportează, iniţial, la conceptul de ***normalitate***. Conceptului de normalitate i se acordă, pe de-o parte, o semnificaţie generală, care priveşte întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei, iar pe de altă parte, una particulară ce desemnează o trăsătură sau un grup de însuşiri (fizice, senzoriale, caracteriale, comunicaţionale, intelective etc.). Sunt considerate ca fiind normale acele persoane care prezintă o dezvoltare medie, fără abateri de la standardele acceptate de societate şi care îi permit individului să manifeste capacităţi pozitive de adaptare echilibrată la condiţiile mediului înconjurător. Pentru a putea fi evaluate şi apreciate persoanele respective sunt raportate la grupuri de aceeaşi vârstă cronologică şi mentală, la acelaşi standard cultural şi educaţional, la condiţiile de mediu de viaţă favorabile sau nefavorabile. Abaterile în dezvoltare şi în manifestările psihocomportamentale, peste o anumită toleranţă, cu o conotaţie negativă sau neacceptate de societate sunt considerate ***anormale***. Astfel, persoanele care prezintă dificultăţi de dezvoltare, de elaborare a unor răspunsuri adecvate la condiţiile mediului înconjurător, de exacerbare a unor manifestări (pozitive sau negative) peste limita circumscrisă de normalitate, de standardele normalităţii sunt etichetate de cei din jur ca fiind anormale. În unele prezentări, termenul de anormalitate, atribuit şi persoanelor supradotate, conţine, parţial, şi o semnificaţie pozitivă, acordată pentru unele activităţi (de obicei, intelective sau motrice), dar relevă ca negativ dificultăţile subiectului de adaptare şi echilibrare cu mediul de viaţă. Totuşi, rămâne, mai ales în accepţiunea cotidiană, încărcătura predominant negativă pentru termenul de anormalitate. Drept urmare, anormalitatea semnifică un conţinut larg şi frecvent evaziv, deoarece se referă la toţi indivizii cu insuficienţe sau retard în adaptare, ca şi la cei cu abateri psihocomportamentale, la delincvenţi cu abateri caracteriale, la bolnavii psihici, practic, la toţi cei ce se află într-o stare critică din punct de vedere senzorial, mintal, neuromotor, de comunicare şi limbaj. Aceste ultime categorii de subiecţi ce au ritm mai lent de dezvoltare în palierele respective, dar cu influenţe nefaste pentru întreaga evoluţie au determinat, pentru mulţi autori, înlocuirea termenului de anormalitate, cu cel de ***subnormalitate***.

Conceptul de subnormalitate exprimă şi el o situaţie mult prea generală şi vagă în definirea unei stări precise a subiectului afectat de o anumită dificultate în care se află şi accentuează doar semnificaţia traumatizantă ce i se poate acorda şi în care indivizii respectivi nu parcurg un traseu obişnuit al dezvoltării şi evoluţiei normale, necesitând condiţii speciale şi de intervenţii educaţional-recuperative în vederea formării abilităţilor caracteristice unei inserţii socio-profesionale corespunzătoare.

În opoziţie cu termenul de subnormalitate a apărut conceptul de ***supranormalitate*** care se referă la toate persoanele ce dispun de capacităţi şi de disponibilităţi superioare, astfel încât permit semnalizarea unor activităţi şi acţiuni cu semnificaţia de supradotaţie. Asemenea activităţi şi acţiuni se pot manifesta, uneori, încă din copilărie, iar alteori, ele apar tardiv. Situaţia este dependentă şi de mediul de viaţă al subiectului, de ocazia şi de confruntarea cu aceste condiţii care facilitează punerea în

valoare a calităţilor şi disponibilităţilor personale. Dar, o serie de specialişti atrag atenţia asupra riscului, atât în plan psihologic, cât şi în cel social, etichetarea copiilor cu termenul de supranormali, cel puţin din două motive: pe de-o parte, este dificil de a evalua şi aprecia cu exactitate astfel de capacităţi, iar pe de altă parte, copiii care intră sub această incidenţă pot deveni infatuaţi, egoişti, capricioşi, izolaţi de colectiv, răsfăţaţi şi pretenţioşi cu o raportare neadecvată la realitate. Totuşi, când avem siguranţa unor asemenea capacităţi deosebite în plan psihologic sau în plan fizic, trebuie să ţinem seama că aceşti copii au cerinţe educaţionale speciale şi condiţii care să le permită valorificarea maximală a potenţialului psihofizic de care dispun. De aici şi nevoia de programe speciale de dezvoltare şi de curriculum diferenţiat (personalizat) ca şi în cazul copiilor cu dificultăţi de învăţare pentru a permite fiecăruia o evoluţie în raport de ritmul şi capacităţile de care dispun.

În literatura de specialitate s-a conturat, frecvent, ideea că subnormalitatea este sinonimă cu conceptul de ***deficienţă,*** care acoperă cu mai mare exactitate semnificaţia şi sensul conţinutului la care se referă. Astfel, deficienţa defineşte pierderea unor funcţii psihice sau fizice, ca urmare a afectării unui organ sau segment al corpului ce împiedică funcţionalitatea şi desfăşurarea activităţii la nivel normal (obişnuit). Dat fiind faptul că acest termen are o rezonanţă negativă pronunţată, s-a preferat de către mulţi autori, termenul de handicap (asimilat, deseori, cu cel de incapacitate) ce semnifică dezavantajul major pe care îl are subiectul în exercitarea unor activităţi cu caracter adaptativ în planul socio-profesional şi recunoscând, totodată, că dificultăţile caracteristice handicapului pot avea drept cauză şi o deficienţă. Dar handicapul se poate manifesta şi în lipsa unor deficienţe, prin acţiunea unor factori socio-educativi defavorabili. ***Prin urmare, se impune sublinierea că, strict ştiinţific, deficienţa cuprinde o afecţiune fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic şi social, iar handicapul, fără a exclude aceste destructurări majore, accentuează consecinţele şi dificultăţile de adaptare la mediu, astfel încât influenţează evoluţia normală contribuind la instalarea unor dereglări funcţionale şi la accentuarea destructurărilor organice, la creşterea nivelului de inadaptabilitate, la menţinerea retardurilor în dezvoltare şi exercitarea psihocomportamentală la cerinţele de mediu.***

În contextul evitării conceptelor terminologice cu conotaţii negative, în ultimul timp este tot mai frecvent folosit termenul de ***persoană cu dizabilităţi,*** care, deşi nu este nou, se consideră că poate fi mai puţin expus criticilor şi nu deranjează atât de mult prin conotaţia sa negativă. Această sintagmă (persoană cu dizabilităţi) este folosită după ce o bună perioadă de timp, din aceleaşi motive, au fost vehiculate sintagme de tipul persoană cu nevoi speciale, persoană cu cerinţe speciale, persoană de excepţie şi termeni ca retardare, întârziere, neadaptare etc. care au o poziţie de sinonim cu conceptul de handicap. Pe lângă aceşti termeni generali, precum se va vedea din capitolele tratatului nostru, sunt folosiţi şi termeni particularizaţi la o categorie sau alta de persoane aflate în dificultate.

Ambiguitatea terminologică şi schimbarea prea frecventă a termenilor se reflectă şi în legislaţia diferitelor ţări, referitoare la persoanele respective. Spre exemplu, în legislaţia ţării noastre, termenul de handicap era predominant folosit, iar mai recent (vezi legea educaţiei 2011) sintagma de persoană cu dizabilităţi ocupă locul central, deşi aceasta nu este deloc mai precisă, care are un caracter chiar mai general, deoarece dincolo

de semnificaţia care se doreşte să i se acorde poate fi raportată la orice persoană, indiferent cât de evoluată este aceasta, prezintă şi unele dizabilităţi mentale sau fizice în desfăşurarea psihocomportamentală la un anumit nivel al cerinţelor mediului.

După cum se poate constata din cele prezentate în acest capitol, nu am simţit nevoia să explicăm, în mod detaliat, fiecare concept terminologic şi nici să evidenţiem evoluţia lor istorică pentru a evita repetiţiile şi suprapunerile, deoarece asemenea explicaţii se găsesc şi în lucrările noastre anterioare dar şi la mulţi autori străini şi români. Aşa cum am mai menţionat, la aproape toate capitolele din acest tratat sunt unele trimiteri interesante la terminologia adoptată de autorii respectivi, iar dacă ne referim numai la unele lucrări recente din literatura de specialitate românească ne putem raporta, din această perspectivă, la: Ghorghe Radu (2000), Anca Rozorea (2003), Doru Vlad Popovici (2000), Florin Emil Verza (2002), Constantin Rusu, Dorin Carantină (1997), Cristian Buică (2004) şi alţii.

În încheierea acestor consideraţii, dorim să exprimăm cu claritate:

1. deşi am precizat că varietatea terminologică, utilizată în psihopedagogia specială nu impietează, în esenţă, progresul în dezvoltarea domeniului respectiv, o unificare a conceptelor pe plan naţional şi internaţional ar crea posibilitatea unei mai bune comunicări şi o raportare mai eficientă la legislaţia în vigoare atât a specialiştilor de diferite profesii, cât şi a nespecialiştilor evitându-se confuziile posibile;

2. noi respectăm opţiunea autorilor pentru un concept sau altul, considerând că reflectă concepţia ştiinţifică proprie şi chiar modul de valorificare a propriilor idei şi rezultatele cercetărilor întreprinse;

3. din perspectiva noastră, ni se par mai precişi şi mai apropiaţi de realitatea pe care o desemnează termenii de deficienţă şi de handicap, deoarece primul semnifică o pierdere parţială sau totală a capacităţii funcţionale la nivel anatomo-funcţional sau la nivel psihic, în timp ce al doilea termen (handicap) circumscrie dificultatea, dezavantajul în realizarea unor activităţi şi comportamente, ca şi incapacitatea de a se adapta optim la condiţiile mediului înconjurător;

4. lipsa unui organ sau segment organic împiedică funcţionalitatea normală prin afectarea funcţiilor vitale (deficienţă) şi determină un dezavantaj în exercitarea unor comportamente adaptative şi în însuşirea unor abilităţi socio-profesionale (handicap), care să faciliteze integrarea în comunitate;

5. noi nu respingem folosirea şi a altor termeni, chiar în lucrările noastre îi utilizăm, dar cu precizarea pertinentă a semnificaţiilor acestora şi, totodată, ţinând seama de contextul şi înţelegerea ce se poate acorda din punct de vedere stilistic.

3. METODELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

Psihopedagogia specială – ca ştiinţă de graniţă la intersecţia psihologiei şi pedagogiei – se foloseşte, în egală măsură, de metodele acestor ştiinţe, raportate şi aplicate în funcţie de tipul de deficienţă studiat, gravitatea acestuia, prezenţa unor deficienţe asociate ş.a. Nu sunt neglijate nici implicarea altor metode specifice unor domenii convergente sau de intersecţie cu sfera preocupărilor psihopedagogiei, speciale cum ar fi: sociologia, medicina, asistenţa socială etc. Astfel, pentru deficienţii de auz, pentru cei cu dificultăţi de vorbire, metodele bazate pe probe nonverbale şi pe studiul unor comportamente practic-acţionale pot duce la surprinderea pertinentă a caracteristicilor activităţii verbale; pentru deficienţii de vedere se vor evita metodele care se bazează, exclusiv, pe stimuli vizuali, iar la deficienţii motor şi de comportament se utilizează metode şi tehnici combinate. În mod succint, ne vom referi la metodele folosite cu o mai mare frecvenţă atât pentru studiul vieţii psihice, cât şi pentru cunoaşterea subiecţilor respectivi. Prin intermediul acestor metode se poate ajunge la cunoaşterea individuală sau grupală, pentru un profil psihologic generalizat al unei categorii de subiecţi.

Edificatoare pentru dezideratele formulate mai sus, ne vom concentra atenţia pe metodele clasice ale psihopedagogiei.

Observaţia

Este utilizată cu scopul de culegere a unor date cu privire la comportamentul subiecţilor, la caracteristicile şi evoluţia lor psihică, la modul de formare a deprinderilor de activitate şi a aptitudinilor intelectuale, la acumularea de cunoştinţe şi de experienţe recuperative necesare pentru inserţia socio-profesională.

Observaţia are avantajul de a permite studiul subiectului în condiţiile normale (obişnuite) de activitate şi evită situaţiile artificiale. Dar, pentru a fi cât mai eficientă, cercetătorul trebuie să-şi fixeze dinainte cadrul în care se desfăşoară observaţia, scopul urmărit şi să-şi noteze, sub formă de protocoale, datele rezultate pe care să le prelucreze ulterior. Pe cât este posibil, să se apeleze la mijloacele tehnice de înregistrare (reportofoane, camere de luat vederi etc.) Este recomandat ca subiectul să nu ştie că este observat în mod special, pentru a-l feri de impactul cu unele modalităţi neobişnuite de activitate şi de a-i da posibilitatea să elaboreze răspunsuri la variabile neprevăzute în mod firesc. Pentru a imprima o cât mai mare veridicitate datelor obţinute, observarea subiecţilor trebuie să se facă în situaţii şi activităţi diferite, la intervale de timp şi momente diferite.

După cum se ştie, obiect al observaţiei îl constituie caracteristicile biofizice (dimensiunile longitudinal-transversale ale corpului, raporturile dintre segmentele cefalic, toracic şi abdominal, raporturile dintre trunchi şi membre, conformaţia fizionomică de fond – a căror evaluare ne furnizează informaţia esenţială pentru încadrarea individului observat într-un tip bioconstituţional sau altul – picnic, atletic, astenic – Kretschmer – sau endomorf, mezomorf, ectomorf – Sheldon, fiecare din aceste tipuri se asociază cu un anumit tip de temperament) şi comportamentele verbomotorii şi motorii externe, generate de diferiţi stimuli şi situaţii (sarcini). Indicatorii acestora, precum: rapiditatea (viteza),

tempoul, intensitatea (amplitudinea), fluenţa sau frecvenţa, coordonarea, durata formării unor noi mişcări instrumental-obiectuale (deprinderi), preferinţa pentru mâna dreaptă sau stângă, concordanţa dintre expresiile mimico-gestuale şi sensul încărcăturii afectogene a situaţiei, uşurinţa/dificultatea intrării în relaţie cu ceilalţi copii, durata menţinerii într-o activitate (de joc sau de învăţare), gradul de fatigabilitate – bine decelaţi sau identificaţi şi corect interpretaţi ne furnizează o bogată şi relevantă informaţie pentru alcătuirea profilului psihologic general al subiectului observat.

În sfera psihopedagogiei speciale, observaţia trebuie să se efectueze permanent, şi nu numai la nivel individual ci şi la nivel colectiv (la clasă şi în activităţi extraşcolare), ea realizându-se nu numai de către psiholog, ci şi de profesori (observaţia distributivă). Corelarea periodică – (lunară sau trimestrială) a datelor obţinute de fiecare profesor – observator oferă posibilitatea alcătuirii unui tablou cu adevărat complet şi veridic, a cunoaşterii psihologice a copiilor cu diferite tipuri de deficienţe – senzoriale, de intelect, motorii, comportamentale.

Experimentul

Are două variante: natural şi de laborator.

Experimentul natural se desfăşoară prin introducerea unor stimuli suplimentari în activitatea derulată de subiect, la care se solicită răspuns, sau prin organizarea unor activităţi (ludice, de învăţare, de formare a deprinderilor practice), în care apar variabile diferite ce îl pun pe subiect în situaţii relativ noi. Spre exemplu, experimentul psihopedagogic are o structură naturală şi urmăreşte să răspundă acestor cerinţe, dovedindu-şi utilitatea mai cu seamă în procesul instructiv-educativ, când se pot preda unele cunoştinţe şi prin metode mai puţin obişnuite pentru a le verifica eficienţa sau prin introducerea unor concepte abstracte, la o anumită disciplină, pentru a vedea în ce măsură copiii le înţeleg şi au posibilitatea să le integreze în sisteme operative ale muncii intelectuale. Prin aceste caracteristici, experimentul natural este mai apropiat de observaţie deoarece, aceasta implică şi culegerea datelor despre subiect. Aplicat în domeniul şcolar-educaţional, experimentul natural urmăreşte în special perfecţionarea şi optimizarea metodologiei instructiv-educative, a conţinutului curriculei şi programelor, a raportului dintre ponderea activităţilor şcolare şi cea a activităţilor extra-şcolare.

De aceea, pe lângă eşantionul experimental – asupra căruia se intervine cu noua variabilă independentă – trebuie să avem şi un eşantion de control, care se menţine în situaţia obişnuită. Compararea rezultatelor la proba de evaluare finală permite validarea sau invalidarea inovaţiei introduse.

Experimentul de laborator imprimă o notă de precizie mai mare pentru că, aşa cum îi spune numele, se realizează în laboratoare dotate cu aparatură specială de creare a unui cadru stimulativ şi de înregistrare a reacţiilor subiectului. El reclamă satisfacerea următoarelor cerinţe esenţiale: a) stabilirea şi formularea neechivocă a obiectivului urmărit (ce anume se studiază – concentrarea atenţiei, mobilitatea atenţiei, dependenţa duratei discriminării perceptive de complexitatea stimulilor şi de amplitudinea diferenţei dintre ei, raportul dintre gândirea intuitiv-concretă şi cea formal-abstractă în dependenţă de vârstă şi de nivelul de instruire, raportul dintre memoria mecanică şi cea logică la un anumit nivel de vârstă şi de instruire etc.); b) determinarea cu precizie a tipului variabilei

independente (stimuli, probe, probleme, sarcini etc) şi gradarea ei după complexitate şi dificultate; c) stabilirea tipului variabilei dependente (răspuns motor, răspuns verbal-oral sau scris, răspuns grafic-desen etc); d) luarea sub control a variabilelor subiect – vârstă, sex, mediul lor de provenienţă, statut socio-economic etc., fie prin neutralizare (subiecţii trebuind să fie de aceeaşi vârstă, de acelaşi sex, din acelaşi mediu socio-cultural etc.), fie prin omogenizare statistică, (lotul experimental trebuind să includă subiecţi numeric proporţional potrivit criteriilor „vârstă", „sex", „mediu sociocultural" etc.); e) formularea ipotezelor logic plauzibile privind relaţia de dependenţă a variabilei dependente de variabila independentă; f) consemnarea şi luarea în calcul, în interpretarea rezultatelor finale, a variabilelor intermediare (interne): starea de odihnă sau oboseală a subiecţilor, nivelul de dezvoltare intelectuală, reactivitatea şi dinamica emoţională, fondul experienţelor anterioare, trăsăturile temperamentale etc.

Aşa cum am menţionat mai sus, în sfera psihopedagogiei speciale, utilizarea experimentului de laborator nu este exclusă, dar ea trebuie adaptată la tipologia şi specificul deficienţelor pe care le prezintă copiii.

Condiţionările şi exigenţele cele mai severe se referă la: alegerea şi dozarea variabilelor independente, alegerea şi tipul variabilelor dependente, stabilirea duratei experimentului.

Indiferent de tipul deficienţei însă, experimentul de laborator ne permite să investigăm şi să analizăm mai obiectiv diferitele componente ale organizării psihice interne a subiecţilor, precum: atenţia, memoria, gândirea, sensibilitatea, respectiv, reactivitatea afectivă, praxia generală şi instrumentală etc.

Pe lângă avantajele incontestabile ale rigurozităţii, obiectivităţii şi preciziei, experimentul de laborator prezintă şi un inconvenient, legat de faptul că subiectul este pus într-o situaţie artificială ce poate provoca suspiciuni şi dificultăţi de adaptare.

Testele

Au o mare răspândire şi ele se împart în verbale şi non-verbale. Pentru unele categorii de deficienţi, cum sunt surdomuţii, cei cu deficit sever de intelect, testele non-verbale, bazate pe simboluri imagistice sau pe asamblări de obiecte, sunt singurele edificatoare. Testele verbale operează cu cuvinte şi cifre, ceea ce presupune o oarecare capacitate de a utiliza simboluri verbale. Sunt de preferat probele etalonate sau standardizate. Unele din acestea se pot aplica colectiv iar altele, individual şi sunt adaptate la nivelul vârstei. În general, testele vizează o însuşire, o funcţie sau un proces psihic şi nu ansamblul psihismului uman. De aceea, ele nu se includ, toate, într-o singură categorie, ci se clasifică după diverse criterii. Cea mai uzuală clasificare este cea care delimitează două mari clase: a) testele de performanţă (de inteligenţă generală, de aptitudini speciale etc.) riguros cuantificate şi standardizate şi b) testele dispoziţionale (probele proiective, chestionarele şi inventarele de evaluare a trăsăturilor şi tendinţelor structurale ale personalităţii), mai slab cuantificate şi standardizate, în interpretarea rezultatelor rolul important revenind psihologului/psihopedagogului şi experienţei sale. Trebuie să subliniem faptul că nu toate testele, ce se aplică la persoanele normale, pot fi utilizate şi la deficienţi, deoarece unele depăşesc atât nivelul de înţelegere, cât şi capacitatea de a elabora răspunsuri apropiate de cerinţele probei. Spre exemplu testele

proiective sau cele cu un înalt grad de complexitate nu se recomandă în tulburările de dezvoltare ale intelectului. Acesta este motivul pentru care mulţi specialişti au elaborat sau adaptat teste specifice condiţiei handicapului. Pentru a evita erorile, este indicat ca rezultatele obţinute să fie corelate cu cele recoltate prin alte mijloace sau procedee.

Conversaţia

Deşi aceasta se desfasoară cu dificultate la unele categorii de deficienţi, prezintă avantajul că ei nu pot simula sau masca unele comportamente, sunt mai sinceri şi manifestă o tendinţă accentuată de a răspunde cerinţelor de elaborare a răspunsurilor. Important este să se folosească un limbaj adecvat nivelului de înţelegere şi o formă ce poate fi receptată de subiecţi (limbajul gestual şi al dactilemelor, pentru surdomuţi, limbajul verbal, însoţit de un material ilustrativ adecvat care să stimuleze înţelegerea şi verbalizarea, pentru deficienţii de intelect ş.a.m.d). Pentru o eficientă conversaţie trebuie să se creeze şi un cadru adecvat (relaxat şi atractiv) desfăşurării ei. Astfel, conversaţia este dependentă semnificativ, de abilitatea specialistului de a-l provoca pe subiect să răspundă tocmai la situaţiile care vizează fenomenele studiate.

Analiza produselor activitaţii

Are la bază teza de principiu, potrivit căreia, produsul în formă obiectuală, grafică, picturală, literară etc. reprezintă o exteriorizare şi obiectivare a unor componente ale organizării psihice interne a personalităţii: idei, sentimente, atitudini, capacităţi etc. Astfel, orice asemenea produs, analizat şi evaluat după anumite criterii, ne descrie accesul la cunoaşterea vieţii psihice interne a oricărui subiect.

În cadrul psihopedagogiei speciale, metoda se adaptează la nivelul de pregătire al subiecţilor, la stadiul formării deprinderilor şi obişnuinţelor în diferite forme de activitate, la metodologia corectiv-recuperativă folosită în educaţia specială. Aceste produse ale activitaţii pot constitui nu numai mijloacele de cunoaştere, dar şi de psihodiagnoză (este şi cazul desenului, al produsului grafic în general). Edificatoare pentru cunoaştere sunt şi rezultatele activităţilor practice(de modelare, de fasonare, de construcţie etc.).

Anamneza

Este deosebit de importantă pentru stabilirea momentului producerii deficienţei şi a cauzelor acesteia, pentru studiul evoluţiei subiectului şi al episoadelor mai importante din viaţa sa. În aplicarea acestei metode vor avea loc discuţii cu părintii, cu rudele, cu cei din anturajul subiectului şi, evident, acolo unde este cazul, se iau în considerare propriile sale relatări. Pe baza anamnezei, se pot releva traseele mai importante în dezvoltarea şi regresul subiectului, caracteristicile favorabile sau mai puţin favorabile ale mediului de provenienţă.

Fireşte că sunt şi alte metode folosite în defectologie şi logopedie, dar le-am reţinut pe cele mai eficiente şi cu o întrebuinţare mai frecventă. De remarcat că în multe studii se apelează la metode diferite sau la o combinare a acestora pentru a putea cuprinde complexitatea unor fenomene psihice. Pe baza acestora, se poate efectua analiza de caz, ce se realizează prin studiul subiectului cu ajutorul mai multor probe şi prin observarea comportamentului său în diverse ipostaze. În cadrul analizei de caz, se iau in consideraţie

toate datele personale ale subiectului, începând de la cele familiale şi de etiologie, ajungând la evidenţierea principalelor caracteristici psihice şi terminând cu creionarea profilului psihologic în care să se stabilească diagnosticul şi prognosticul evoluţiei probabile pe scurtă şi lungă durată.

Mai trebuie specificat, în final, că metodele prezentate se pot înscrie în patru tipuri de strategii – transversale şi longitudinale – pe de o parte, şi constatative şi formative, pe de altă parte. De dorit ar fi, ca pentru o cunoaştere cât mai aprofundată şi completă a copilului deficient şi pentru stabilirea unui diagnostic şi pronostic cât mai veridic (valid) să se combine şi să se coreleze strategiile transversale cu cele longitudinale şi strategiile constatative cu cele formative.

BIBLIOGRAFIE

BUICĂ, C., 2004, *Bazele defectologiei*, Editura Aramis, Bucureşti.

GOLU, M., 2007, *Fundamentele psihologiei*, ed. a 5-a, vol. I şi II, Ed. Fundaţiei România de Mâine, Bucureşti.

GHERGUŢ, A., 2001, *Psihopedagogia persoanelor cu cerinţe speciale – strategii de educaţie integrată*, Editura Polirom, Iaşi.

POPOVICI, D.V., 2000, *Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficienţă mintală*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.

RADU, GH., 2000, *Psihopedagogia şcolarilor cu handicap mintal*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.

ROZOREA, ANCA, 2003, *Deficienţele senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale, Psihopedagogia deficienţelor de vedere*, partea I, Editura Ex Ponto, Constanţa.

ROZOREA, ANCA, 2003, *Deficienţele senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale, Psihopedagogia deficienţelor de vedere, partea a-II-a,* Editura Ex Ponto, Constanţa.

RUSU, C., CARANTINĂ, D., 1997, *Deficienţă, incapacitate, handicap,* Editura Pro Humanitate, Bucureşti.

VERZA, F. E., 2002, *Introducere în psihopedagogia specială şi asistenţa socială*, Editura Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.

VERZA, E., 1998, *Psihopedagogie specială (Manual pentru şcoli normale),* EDP, Bucureşti.

CAPITOLUL II
DINAMISM ŞI EVOLUŢIE ÎN STĂRILE EXTREME DE DEZVOLTARE PSIHICĂ

1. DEZVOLTARE ŞI REGRES ÎN ACTIVITATEA PSIHICĂ A PERSOANELOR ÎN DIFICULTATE

Formarea şi evoluţia funcţiilor şi proceselor psihice se realizează în mod diferenţiat în raport cu tipul de handicap, de gravitatea acestuia şi de vârsta subiectului. Se constituie astfel de modalităţi specifice ale activităţii psihice ce incumbă o metodologie corectiv-recuperatorie care să valorifice, maximal, potenţialul psihologic şi să ducă la o integrare socio-profesională optimă. Intervenţia recuperativă şi educaţională trebuie să ia în consideraţie rezultatele demersului diagnostic şi să elaboreze o prognoză a structurii personalităţii şi comportamentelor care pot fi modelate şi dezvoltate prin programe adaptate la cerinţele individului.

Din analiza activităţii şi a evoluţiei psihice rezultă direcţiile de intervenţie care pun în evidenţă, pe de-o parte, categoriile de handicap, iar pe de altă parte, posibilităţile şi limitele dezvoltării acestora. Astfel, la deficienţii de văz, de limbaj, de comportament şi neuromotor există posibilitatea unei dezvoltări continue pe tot parcursul vieţii; la deficienţii de auz, dezvoltarea se produce mai lent şi chiar cu unele stagnări, iar la deficienţii de intelect, dezvoltarea este semnificativ mai lentă, adeseori cu stagnări, iar după o anumită vârstă se înregistrează un regres evident la nivelul întregii activităţi psihice.

Atât în planul dezvoltării, cât şi în cel al stagnării şi regresului, diferitele laturi ale activităţii psihice nu au o evoluţie asemănătoare, se produc diferenţe semnificative în evoluţia categoriilor de subiecţi ce depind nu numai de tipul de deficienţă, ci şi de factorii implicaţi în dezvoltare, la nivel subiectiv şi obiectiv, cât şi de calitatea activităţii educaţional-recuperative. Sunt unele funcţii, însuşiri şi procese psihice în care se crează un decalaj ce ţine atât de eficienţa sau neeficienţa activităţilor recuperativ-educative, cât şi de structura anatomo-fiziologică a creierului, a analizatorilor şi a modului în care a fost structurat întregul psihism. Admiţând că educaţia este adaptată la specificul activităţii şi că intervenţia defectologică se ridică la cotele cele mai înalte, totuşi, la deficienţii de intelect, şi în multe din formele asociate, în polihandicap, unele funcţii şi procese psihice se dezvoltă limitat şi nesincronic, afectând planul general al evoluţiei. Dintre acestea enumerăm procesele de gândire, imaginaţie, voinţă şi funcţiile de creativitate, algoritmice şi euristice, de calcul mental, de generalizare şi abstractizare şi altele. Mai puţin afectate sunt modalităţile senzorial-perceptive şi mnezice, afectele, dispoziţiile, disponibilităţile formării unor trăsături de caracter etc., pentru deficienţii de auz, dificultăţile cele mai importante ţin de planul comunicării şi al dezvoltării limbajului, dar şi la aceştia, pe

măsură ce se înregistrează progrese în acest comportament au loc adevărate salturi în toată activitatea psihică şi, mai cu seamă, la nivelul gândirii, imaginaţiei, motivaţiei şi voinţei. Persoanele cu deficienţe de vedere au dificultăţi senzorial-perceptive şi de orientare în spaţiu, de reprezentare şi de adaptare la condiţiile mediului înconjurător, dar acestea sunt compensate prin dezvoltarea gândirii, a memoriei şi voinţei. Învăţarea scris-cititului în Braille contribuie la dezvoltarea intelectului, lărgind orizontul cunoaşterii şi stimulează procesele cogniţiei. La cei cu dificultăţi de comportament şi afecţiuni fizice, integritatea proceselor de cunoaştere este relativ asemănătoare cu a persoanelor normale, în schimb se produc unele modificări în plan motivaţional, volitiv şi caracterial ce nu facilitează autoreglajul şi adaptarea. Cei cu tulburări de limbaj au dificultăţi majore în plan comunicaţional, ceea ce se reflectă şi asupra structurii caracteristicilor de personalitate, dar cum dizabilităţile de intelect sunt temporare se ajunge, prin intervenţii recuperativ-educative, la o adevărată normalizare şi dezvoltare armonioasă a activităţii psihice, în ansamblu, ce evoluează pozitiv odată cu înlăturarea deficienţelor de limbaj şi comunicare.

Prin urmare, progresele, stagnările şi regresele, ce se înregistrează pe linia evoluţiei activităţii psihice, nu pot fi apreciate fără a ne raporta la calitatea procesului educaţional-recuperativ şi la tipul, gravitatea, structura anatomofiziologică afectată a fiecărui subiect. Din această perspectivă, cadrul general al analizei trebuie desfăşurat relevând specificul şi întinderea deficienţei în care, în raport de formele funcţiilor şi proceselor psihice, au o evoluţie neuniformă, cu salturi şi progrese în unele, dar şi cu stagnări şi regrese în altele. Dacă la normali dezvoltarea psihică, chiar cu unele decalaje, este, totuşi, armonioasă pe ansamblu, la persoanele deficiente decalajul dintre diferitele paliere psihice devine evident, iar dezvoltarea unei caracteristici nu determină neapărat progrese la nivelul celorlalte, astfel încât afectează armonia dezvoltării generale.

În comparaţie cu aceste forme specifice de organizare şi evoluţie a activităţii psihice caracteristice persoanelor în dificultate, la normali acţionează legi şi principii care denotă o dezvoltare psihică pe toată durata vieţii individului, cu excepţia unor persoane care, intrând în vârstele de regresie (bătrâneţe), pot suferi modificări negative. Comparativ cu evoluţia chiar şi a persoanelor obişnuite, supradotaţii cunosc salturi calitative şi cantitative pertinente în dezvoltarea psihică, determinând exercitarea unor activităţi la un nivel de creativitate şi originalitate cât mai ridicat.

2. DEZVOLTAREA PSIHICĂ LA SUPRADOTAŢI

Copiii cu posibilităţi şi disponibilităţi superioare sunt, adeseori, numiţi excepţionali, supradotaţi, talentaţi, înzestraţi, dotaţi, supranormali etc. şi sunt apreciaţi pentru abilităţile lor deosebite într-un domeniu sau chiar mai multe forme de activitate.

În urma evaluărilor făcute cu ajutorul testelor standardizate, aceştia depăşesc nivelul inteligenţei medii în plan abstract sau în cel practic acţional şi au o capacitate sporită în rezolvarea problemelor, folosesc cu uşurinţă şi combină metode eficiente, adoptă soluţii creatoare şi originale. Inteligenţa supradotaţilor determină atât organizarea mentală, cât şi cea comportamentală, facilitând exercitarea unor activităţi care depăşesc nivelul de dezvoltare raportat la vârsta cronologică. Astfel, un copil supradotat devine productiv şi creator, în condiţiile când intelectul său cuprinde dimensiunile de

flexibilitate, fluiditate, originalitate, esenţializare şi autoorganizare-reglare în raport cu realitatea. Asemenea dimensiuni se manifestă în toate formele de inteligenţă: abstractă, tehnică, motrică şi socială. Dar sporirea capacităţilor şi aptitudinilor, într-un domeniu sau altul de activitate, este în funcţie şi de condiţiile de viaţă ale individului şi de asimilarea experienţelor prin activităţi de învăţare organizată sau spontană. De altfel, şi învăţarea la copilul supradotat se organizează şi capătă un ritm mai rapid şi eficient, în funcţie de capacităţile sale mentale. Desigur, inteligenţa este un factor necesar pentru formarea disponibilităţilor superioare, dar, pe lângă aceasta, motivaţia şi voinţa formează cadrul general atitudinal faţă de activitate.

Asemenea copii, care posedă capacităţi şi disponibilităţi deosebite trebuie depistaţi de timpuriu şi supuşi unui program care să stimuleze la maxim posibilităţile lor creative. În acest context, este necesar să se adopte un sistem diferenţiat al educaţiei pentru a le crea posibilitatea dezvoltării în raport de structurile superioare ale fiecăruia. Din literatura de specialitate se desprind două puncte de vedere mai deosebite. Primul se referă la ideea selectării copiilor respecitvi şi constituirea unor clase sau instituţii specializate, bazate pe o metodologie care să accelereze procesul instructiv-educativ, iar al doilea se referă la aplicarea unei metodologii pentru toţi copiii normali, deoarece învăţământul este interesat, în egală măsură, să stimuleze întreaga populaţie şcolară şi să le formeze o motivaţie care să permită realizarea performanţelor superioare în timp ce exemplul celor supradotaţi crează o atmosferă de evoluţie şi punere în valoare a potenţelor mintale.

Din perspectiva primului punct de vedere, se argumentează că cca. 1-3% din totalul copiilor depăşesc media dezvoltării psihice şi aceştia trebuie plasaţi într-un mediu cu o stimulare specială care să evite blazarea. Pentru a realiza stimularea necesară, în lipsa unor instituţii specializate, se poate adopta un sistem de parcurgere a două clase într-un an, de cursuri suplimentare în afara programelor şcolare şi de admiterea devansată în universitate.

Având în vedere aceste deziderate, în unele ţări funcţionează astfel de şcoli pentru copiii supradotaţi şi se fac eforturi pentru elaborarea de programe speciale. Şcoli de acest gen au fost create în Germania (1917), în SUA (1918), iar ulterior, în Canada, Cehia, Slovacia şi fosta URSS. În prezent, funcţionează clase sau şcoli în ţări, ca SUA, Anglia, Germania, Canada, Cehia, Slovacia, Polonia, Bulgaria, Ungaria, iar în ţara noastră au funcţionat, sporadic, asemenea clase încă din 1928. În ţările unde există şcoli de acest fel, ele sunt orientate fie spre dezvoltarea unor aptitudini şi capacităţi specifice (matematică, fizică, chimie, biologie, literatură, limbi străine etc.), fie spre formarea unei culturi generale deosebite care să-l abiliteze pe subiect în activităţi multifuncţionale.

Admiterea în şcolile respective se poate face de timpuriu în raport de perioada de manifestare a capacităţilor. Atât clasele, cât şi şcolile specializate trebuie să dispună de o bază materială avansată şi să fie încadrate cu cadre didactice ce posedă o înaltă calificare, dublată de folosirea unei metodologii didactice superioare şi de calităţi empatice ridicate.

Adepţii celui de-al doilea punct de vedere argumentează că şcolile sau clasele separate pentru supradotaţi le crează elevilor un sentiment de superioritate, de infatuare, de izolare, iar pentru ceilalţi, care constituie majoritatea, se ajunge la sentimente de inferioritate, de subapreciere etc. Cert este că până în prezent nu dispunem de un sistem ştiinţific, fundamentat psihopedagogic, care să imprime procesului instructiv-educativ valenţele necesare pentru stimularea maximă a capacităţilor copiilor excepţionali şi nici

de o metodologie care să permită diferenţierea exactă între ereditatea potenţialului şi achiziţiile dintr-un mediu relativ favorabil în comparaţie cu un mediu nefavorabil. Indiferent de poziţia adoptată, tot mai mult se simte nevoia nu a uniformizării procesului instructiv-educativ, ci a diferenţierii lui în raport de particularităţile psihoindividuale ale copiilor. Numai astfel se evită hazardul şi se pot dezvolta personalităţi pe măsura capacităţilor şi disponibilităţilor fiecăruia. Din moment ce pentru copiii cu dificultăţi de învăţare, această idee este tot mai des invocată în vederea ajungerii la o educaţie diferenţiată se impune, ca şi în cazul celor supradotaţi, să se adopte asemenea demersuri.

Pentru copiii şi tinerii supradotaţi, excepţionali, înzestraţi, talentaţi, sau oricum i-am numi, criteriul distincţiei, al deosebirii de ceilalţi este acela al realizării unor performanţe superioare în diferite domenii de activitate. De cele mai multe ori, aceste performanţe se produc la o vârstă timpurie şi în mod spontan, menţinându-se pe perioade îndelungate sau chiar toată viaţa. Deşi la aceşti copii există un potenţial psihic deosebit, randamentul şcolar nu este la toţi pe măsura posibilităţilor ce le au. Educatorii şi părinţii îi prezintă, pe unii, ca fiind leneşi, lipsiţi de interes pentru activitatea şcolară, indiferenţi din punct de vedere afectiv, lipsiţi de sensibilitate, obraznici, factori de perturbare a grupului etc. Astfel, în şcoală, Darwin, Edison, Pasteur, Leibniz, Verdi, Napoleon erau consideraţi ca elevi mediocri sau chiar slabi, iar Linné era apreciat că nu putea fi decât cizmar, în timp ce Molière avea dificultăţi în formarea deprinderilor de scris. Probabil că vina o poartă adulţii care nu au ştiut să stimuleze potenţialul acestor copii sau au fost trataţi într-un mod care i-a făcut să trăiască stări tensionale, conflictuale, frustrante, ce nu au favorizat dezvoltarea motivaţiei pentru activitatea şcolară.

În literatura psihopedagogică, multă vreme s-a purtat o dispută aprinsă, şi, deseori contradictorie, cu privire la rolul mediului şi al eredităţii în determinarea stării superioare a subiecţilor umani. S-au diferenţiat două poziţii susţinute de aşa numiţii „nativişti" şi „ambientalişti" ce puneau accent, în mod exclusiv, pe unul din factorii respectivi şi ignorau o eventuală relaţie ce ar fi putut da o perspectivă mai complexă devenirii umane. În prezent, se poate demonstra că înzestrarea superioară psihică, şi, mai cu seamă cea intelectivă este determinată de ereditate, prin organizarea structurală a materiei nervoase, dar realizarea sau înfrânarea potenţialului depinde de factorii de mediu. Aşa cum afirmă psihologul **H. J. Eysenck** „este raţional să credem că nu funcţia, ci doar structura se moşteneşte şi că e greu de susţinut cum s-ar putea determina ereditar o conduită". Zestrea genetică favorabilă poate fi stimulată prin educaţia din familie şi şcoală în aşa fel încât să-l plaseze pe copilul de excepţie într-o ambianţă ce permite valorificarea maximală a potenţialului său. Aceşti copii se pot „pierde" în lipsa unui mediu stimulativ sau nu ajung să realizeze performanţe care să depăşească media generală a celorlalţi. Reuşita este cu atât mai mare cu cât copiii capabili de performanţe superioare sunt depistaţi mai de timpuriu, cu cât li se cunosc mai bine caracteristicile generale, înclinaţiile şi interesele lor pentru anumite domenii de activitate, mobilurile interne şi aptitudinile care îi fac receptivi la acţiuni dintre cele mai complexe pentru a putea crea un teren fertil de cultivare a acestora pe toată durata vieţii.

Majoritatea specialiştilor apreciază copiii cu disponibilităţi superioare ca fiind precoci, cu o dezvoltare psihică din care se distinge o inteligenţă de excepţie ce îşi pune amprenta asupra întregului comportament. Se încearcă chiar şi alcătuirea unor inventare a particularităţilor psihice şi comportamentale ce îi caracterizează pe aceşti copii din care

nu lipsesc: posibilitățile îndelungate de concentrare și de reținere, însușirea deprinderilor de citit înaintea altora, și cu multă ușurință, manifestarea de conduite complexe în joc și contribuția deosebită adusă la organizarea activităților ludice, orientarea de timpuriu spre unele activități în care dobândesc rapid cunoștințe vaste, afirmarea unor forme de creativitate și altele. Sub raport comportamental, în școală acești copii nu se integrează întotdeauna bine în colectiv, răspund altfel decât colegii lor, sunt mai preocupați de ideile lor, ceea ce poate crea impresia de retragere în sine, devin mai puțin atenți la unele lecții care nu se ridică la nivelul lor, se abat de la unele norme școlare, fac comentarii asupra regulilor impuse, dând impresia de obrăznicie.

	SUPRADOTAT	SUBDEZVOLTAT MENTAL
Conducere	Mereu în frunte	Nu conduce niciodată
Inițiativă în activități sociale	Inițiativă, numeroase contacte	Nu inițiază aproape niciodată contacte
Încredere în sine	Încredere totală în sine	Lipsit total de încredere în sine
Creativitate	Foarte origina	Total imitativ
Curiozitate	Mereu explorează, cu dorința de a cunoaște	Manifestă o curiozitate scăzută sau deloc
Curaj	Lipsit de teamă	Împiedicat de teamă
Simț al divertismentului	Caută adeseori divertisment	Caută arareori divertisment
Vervă	Entuziasm	Inactiv, apatic
Dependență	Caută întotdeauna asistență sau ajutor	Se bazează întotdeauna pe sine

Media trăsăturilor de personalitate ale unor grupe de copii supradotați și subdezvoltați mental (Lightfoot, 1951)

Dintre aptitudinile cele mai evidente, pe care le manifestă copiii supradotați în școală, sunt cele legate de înțelegerea și rezolvarea personală, originală a problemelor, înțelegerea verbală și efectuarea de raționamente, motivația pentru lectură și citirea cursivă. Mulți învață să citească înainte de intrarea în școală sau reușesc să deprindă

abilităţi lexice fără efort prea mare şi într-un timp scurt de la începerea şcolarizării. Studiile efectuate pe copiii supradotaţi sunt, deseori, raportate la subiecţi subdezvoltaţi mental, când se iau în consideraţie şi o serie de factori ce ţin de personalitate (vezi figura de mai sus).

Factorii de personalitate imprimă caracteristici de ansamblu manifestărilor individuale. Dacă predomină caracteristicile pozitive, abilităţile şi aptitudinile se extind asupra mai multor domenii, iar interesele devin tot mai profunde şi variate. Dar nu în toate activităţile supradotaţii sunt la fel de eficienţi, putând să se formeze capacităţi specifice doar pentru unul sau două domenii limitate, iar în celelalte, rezultatele să fie obişnuite. Aptitudinea potenţială sau C.I ridicat sunt necesare pentru o performanţă deosebită, dar pentru valorizare trebuie adăugată motivaţia, care influenţează învăţarea ca şi implicarea activă în activitate. Modelele cadrelor didactice şi ale părinţilor pot influenţa şi ele evoluţia copilului. Când profesorii şi învăţătorii înţeleg astfel de elevi şi le acordă mai multă libertate în manifestări, îi pune în faţa unor sarcini diferenţiate pe măsura capacităţii lor şi le crează un context de stimulare a aptitudinilor, spre trăirea satisfacţiei în obţinerea unei evoluţii spectaculoase, dublată de un confort psihic pozitiv. Pentru a adopta un comportament adecvat faţă de elevii cu disponibilităţi superioare şi pentru a şti cum să-i stimuleze, să-i trateze şi să contribuie, efectiv, la dezvoltarea lor dascălul trebuie să posede, pe lângă o pregătire bună în specialitate, şi o formaţie remarcabilă de psihopedagog. Bazat pe această idee, **E. P. Torrance** apreciază că el (dascălul) trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

1. să acorde respect pentru orice întrebare pusă de copii;
2. acelaşi respect să fie acordat ideilor imaginative;
3. să încurajeze şi să sublinieze că ideile emise de copii sunt valoroase;
4. periodic să dea copiilor exerciţii practice „fără să li se spună că vor fi notaţi";
5. evaluarea să se facă în raport de cauzele şi efectele succesului şi insuccesului

Iar la acestea am mai adăuga:

6. să se creeze o atmosferă afectivă tonifiantă;
7. să se stimuleze interesul copiilor şi pentru alte domenii în care nu s-au manifestat, în mod expres, aptitudini, dar care au tangenţe cu domeniul iniţial;
8. să găsească forme de evidenţiere şi popularizare a performanţelor de excepţie.

Se apreciază că supradotaţii posedă un sistem nervos central care le permite îndeplinirea unor sarcini complexe ce se bazează pe abstracţii intelectuale deosebite şi pe imaginaţie creatoare. Aceste însuşiri sunt completate de interes pentru activitate, perseverenţă şi motivaţie corespunzătoare. În această categorie pot fi incluse şi acele persoane extrem de supradotate ce sunt denumite cu termenul de geniu. Specialiştii sunt de părere că cel mult 1 la 1000, dintre indivizii societăţii, manifestă însuşiri tipice cu o astfel de calitate. Performanţele realizate de genii sunt şi ele mai mari. Dacă societatea este interesată, în mod expres, de performanţe, educatorul şi, mai ales, psihopedagogul sunt interesaţi de dezvăluirea potenţialului pentru a-l putea stimula şi pune în valoare. Atât potenţialul supradotaţilor, cât şi performanţele lor se manifestă, printre altele, în aptitudinea şcolară şi în talentul la învăţătură, în aptitudinea creatoare şi talentul

descoperirii, în aptitudinea de conducător şi talentul de a-şi impune voinţa în faţa celor din jur, în aptitudinea ştiinţifică şi în talentul de a prognoza unele fenomene, în aptitudinea artistică şi talentul de a se exprima prin simboluri, forme, modele etc., în aptitudinea tehnică şi în talentul de sincronizare a mişcărilor, în aptitudinea verbală şi în talentul comunicării persuasiv-cognitiv şi altele (**E. Verza**, 1998).

În ceea ce priveşte raportarea supradotării la sex, studiile nu sunt suficient de edificatoare; cei mai mulţi autori fac aprecieri pe baza observaţiei curente şi nu sunt iniţiate experimente deosebit de riguroase care să permită absolutizări sau generalizări certe. Sub semnul acestor repere, putem remarca unele costatări. Astfel, băieţii au o tendinţă mai mare decât fetele de a se deplasa la extreme, adică sunt mai mulţi băieţi foarte deştepţi şi foarte slabi. La vârsta şcolară, performanţele băieţilor sunt comparabile cu cele ale fetelor, iar la învăţătură, adeseori, fetele se dovedesc mai bune dar, ulterior, se produc oarecare deplasări în favoarea băieţilor. Sunt mai puţine femei care primesc premii ştiinţifico-tehnice sau care ajung la calificativul de geniu. Dar pentru a fi corecţi, analiza trebuie desfăşurată şi pe categorii de activităţi, căci performanţele ce ţin de sex diferă, în unele cazuri, de la o situaţie la alta. Se ştie că fetele manifestă abilităţi şi interese în planurile lingvistice, al dexterităţilor manuale, al capacităţilor de memorizare şi reţinere, iar băieţii în domeniile matematicii, fizicii, atletismului, tehnicii, al abilităţilor spaţiale etc. Explicarea acestor situaţii nu trebuie făcută numai prin prisma structurilor anatomo-fiziologice ci şi prin aceea a relaţiilor ocupaţionale şi de mentalitate socio-culturală.

Unii autori au fost preocupaţi şi de faptul dacă performanţele mai deosebite, manifestate în copilărie, se menţin şi la vârstele ulterioare sau dacă supradotaţii timpuriu se pierd pe parcurs. Psihologul **L. M. Terman** a elaborat cel mai cuprinzător studiu longitudinal (în 5 volume, apărute între anii 1925-1959) şi a avut în atenţie un eşantion de copii între 6 şi 12 ani. Selecţionarea eşantionului s-a bazat, iniţial, pe aprecierea cadrelor didactice şi, apoi, pe supunerea copiilor la teste de inteligenţă. Aproape toţi subiecţii au obţinut un C.I. de 140 (unii chiar şi peste) şi reprezenta cca 1% din populaţia şcolară de această vârstă din statul California. În comparaţie cu un lot martor ales la întâmplare, copiii supradotaţi au obţinut performanţe superioare în diferite activităţi şi la vârste mature. Ei gravitau în profesiuni intelectuale, în meserii şi în afaceri. Aceasta denotă o mai bună integrare socio-profesională şi adaptare la condiţiile vieţii pentru cei cu disponibilităţi superioare, manifestate de timpuriu.

- În altă ordine de idei, încă din descrierile lui **Francis Galton** (1891), rezultă o serie de date cu privire la înfăţişarea psihofizică a supradotaţilor, infirmându-se credinţa populară că aceştia sunt persoane firave şi bolnăvicioase, neajutorate în plan social, necomunicativi şi mai puţin agreabili. Autorul respectiv îi prezintă ca pe nişte „creaturi solide, viguroase şi capabile". De fapt, sub raport fizic, persoanele supradotate nu prezintă, pe ansamblu, caracteristici distinctive faţă de ceilalţi, ele plasându-se într-o medie a dezvoltării, dar sigur excepţii sunt şi de o parte şi de alta.

3. DINAMISM ŞI RELAŢIE ÎN DEZVOLTAREA ACTIVITĂŢII SUPRADOTAŢILOR

Elevii supradotaţi reprezintă un subiect actual fascinant şi controversat, intens dezbătut de către specialiştii din domeniile psihologiei, pedagogiei, sociologiei şi asistenţei sociale.

Recent, ei au intrat şi în atenţia specialiştilor în politici educaţionale şi a juriştilor, care au modificat actele normative din domeniul învăţământului, introducând o serie de prevederi, vizând categoria elevilor excepţionali, cu aptitudini înalte sau cu dotare superioară, aşa cum sunt ei denumiţi în diverse ţări dezvoltate ale lumii.

În unele ţări din Uniunea Europeană, cum este, spre exemplu, cazul Spaniei, cât şi în legislaţia din SUA, cu privire la învăţământul destinat elevilor cu cerinţe educaţionale speciale, printre categoriile enumerate ca necesitând intervenţie educaţională specială este şi categoria elevilor supradotaţi, alături de categoriile elevilor cu dizabilităţi sau cu dificultăţi de învăţare.

Din această perspectivă modernă, de problematica acestor elevi ar trebui să se ocupe psihopedagogii şi profesorii cu o pregătire specială, care să le poată asigura o integrare educaţională şi socială eficientă în societate.

În acelaşi timp, o serie de strategii de intervenţii utilizate în procesul de integrare educaţională a elevilor cu dizabilităţi pot fi utilizate eficient şi în cazul elevilor supradotaţi.

Date statistice recente arată că, luând în consideraţie rezultatele de la testele care măsoară coeficientul de inteligenţă, 5% din populaţia globului are un coeficient de inteligenţă (CI) mai mare de 126, asta însemnând aproximativ 50000 de persoane la fiecare milion de oameni.

Dacă analiza se face pornind de la una dintre definiţiile clasice ale supradotării, conform căreia supradotatul este acel individ care are inteligenţa mult superioară mediei convenţionale (CI > 130), observându-se diferenţe cognitive atât la nivel cantitativ, cât şi la nivel calitativ, o mai mare maturitate privind procesarea de informaţii (percepţie şi memorie vizuală), dezvoltarea capacităţii metacognitive încă de la o vârstă timpurie (aproximativ de la 6 ani), perspicacitate în rezolvarea problemelor, capacitate creativă, motivaţie intrinsecă pentru învăţare, precocitate şi talent (**Y. Benito**, 2003), acest procent scade la 3% din populaţie.

În acest caz, distribuţia persoanelor supradotate pe categorii, este, conform tabelului de mai jos, următoarea;

SUPRADOTAŢI	CI > 130 (aproximativ 1:100)
ÎNALT SUPRADOTAŢI	CI > 140 (aproximativ 1:1.000)
EXTREM SUPRADOTAŢI	CI > 160 (aproximativ 1:10.000 până la 1:100.000
PROFUND SUPRADOTAŢI	CI > 180 (aproximativ 1:1.000.000)

Preluat după http://www.supradotati.ro/giftededucation/index.htm

Din datele de mai sus, rezultă cu claritate faptul că, persoanele supradotate reprezintă, în esenţă, un grup extrem de eterogen, motiv pentru care nu putem vorbi, în

cazul lor, de un profil psihologic comun, dacă avem în vedere fie şi numai diferenţele notabile dintre indivizii cu un CI de 130, faţă de cei cu CI de aproape 200.

Majoritatea teoriilor pe plan internaţional, pe baza cărora se explică structura profilului psihologic al persoanelor supradotate, derivă din teoria formulată de **J. S. Renzulli**, în 1978, intitulată *Modelul teoretic al personalităţii înalte.* Acest model a fost ulterior completat şi nuanţat de o serie de alte noi teorii, fără modificarea sa esenţială.

Conform acestui model, personalitatea cu dotare superioară se caracterizează prin trei categorii de trăsături fundamentale:

1) – abilitatea intelectuală peste medie;
2) – angajarea specifică în sarcină;
3) – creativitatea.

Abilitatea intelectuală peste medie presupune, în primul rând, existenţa unei abilităţi generale, evidenţiată prin scorurile superioare obţinute la testele de inteligenţă şi care se obiectivează în performanţe ridicate, obţinute în activităţile de învăţare.

În al doilea rând, aceasta include o serie de aptitudini specifice pentru o serie de activităţi particulare ştiinţifice sau artistice (balet, muzică, sculptură etc.).

Angajarea specifică în sarcină se referă la caracteristicile motivaţiei acestor subiecţi, care se definesc prin interese profunde, perseverenţă, tenacitate, încredere în propriile posibilităţi, spirit critic şi autocritic dezvoltat, precum şi prin stabilirea unor standarde înalte în vederea obţinerii unor performanţe ridicate în propria activitate.

Creativitatea, ultimul element enumerat de **Renzulli**, se referă la trăsături legate de fluenţă, flexibilitate, originalitate, spirit inovator, curiozitate şi curaj în gândire.

Pe ansamblu, întreaga concepţie a lui **Renzulli** a realizat deschideri semnificative pentru procesul de intervenţie psihopedagogică, destinat stimulării comportamentului elevilor cu dotare înaltă.

În total, **Sternberg** şi **Davidson** au enumerat 17 teorii cu privire la supradotare, clasificate în funcţie de modalitatea de explicare a fenomenului supradotării, ţinând de mecanismele specifice psihologiei cognitiviste, psihologiei dezvoltării sau punând accentul pe analiza dotării superioare pentru domenii particulare, matematică **(Stanley** şi **Benbow)** sau muzică **(Bamberger)**. La aceasta se adaugă o multitudine de modele despre supradotare.

Din punctul nostru de vedere , dintre numeroasele teorii cu privire la supradotare, pentru domeniul educaţional, prezintă importanţă deosebită (pe lângă teoria lui **Renzulli**), teoriile şi modelele elaborate de **Tannenbaum**, **Feldhusen**, **Sternberg**, **Feldmann**, **Gardner**, **Kathena** şi **Landau** **(Popovici, D. V.** coord., 2004).

Conform teoriei lui **Tannenbaum**, supradotarea este generată de o serie de interacţiuni psiho-sociale între următoarele elemente: intelectul general superior, aptitudinile speciale distinctive, trăsăturile nonintelective specifice, mediul stimulativ şi aspecte care ţin de şansă, mai ales în momentele de răscruce ale vieţii.

Pentru a genera supradotare, toate cele cinci elemente menţionate mai sus trebuie să atingă un anumit nivel minim de dezvoltare. Dintre acestea, autorul menţionat acordă o importanţă deosebită aspectelor de natură socială, care joacă un rol deosebit în apariţia şi dezvoltarea supradotării.

La rândul său, **Feldhusen** a elaborat, în mai multe etape, o teorie educaţională despre supradotare, bazată pe trăsăturile psihice ale indivizilor celebri. În viziunea sa,

supradotarea este o combinaţie a abilităţii generale, a talentelor speciale, a self-conceptului şi motivaţiei, care prin întrepătrundea lor asigură un anumit specific învăţării elevilor excepţionali, îndreptat către obţinerea unor performanţe superioare.

Componentele din structura supradotării, prezentate anterior, pot fi utilizate, în viziunea lui **Feldhusen**, drept criterii de acces pentru această categorie de elevi la programe educaţionale adaptate, demonstrând utilitatea psihopedagogică a acestei teorii.

Sternberg subliniază în teoria sa, printre altele, criteriile în funcţie de care sunt apreciate însuşirile indivizilor cu dotare înaltă:superioritatea, raritatea, productivitatea, demonstrabilitatea şi valoarea, şi atrage atenţia că modul lor de apreciere este influenţat profund de factori culturali şi sociali.

Cercetările sale experimentale au demonstrat faptul că, în majoritatea cazurilor, profesorii şi elevii acordă calificativul de supradotat, utilizând criteriile care fac referire la superioritate şi raritate.

Pentru identificarea acestor subiecţi, el recomandă utilizarea testelor criteriale *TM Shea şi AM Bauer* (1994).

Feldhusen identifică o diversitate de tipuri de supradotare, care se manifestă, independent, aparent fără legături între ele.

Conform viziunii sale, supradotarea este generată de modul mai accelerat în care anumiţi copii parcurg stadiile dezvoltării comparativ cu media copiilor normali, datorită unei energii psihice superioare, pe baza căreia se realizează o serie de transformări secvenţiale mai rapide în raport cu vârsta cronologică a subiecţilor.

Gardner descrie, în cadrul teoriei sale cu privire la inteligenţa multiplă, şapte tipuri distincte de inteligenţă, care corespund unui număr similar de categorii ale supradotării.

Formele de inteligenţă, enumerate de el sunt: inteligenţa lingvistică, logica matematică, spaţială, corporal-kinestezică, muzicală, interpersonală şi intrapersonală.

Toate aceste forme de inteligenţă şi, implicit, domenii în care se manifestă supradotarea, sunt influenţate de factorii culturali, deoarece achiziţia, transmiterea şi stocarea informaţiilor se realizează în cadrul societăţii.

Ultimii autori, la care vom face referire, **Kathena** şi **Landau** sunt consideraţi mai degrabă creatorii unor modele ale supradotării, datorită implicaţiei practice extinse a teoriilor lor elaborate în urma unor experienţe îndelungate, realizate pe eşantioane mari de subiecţi.

J. Kathena a conceput „modelul educaţiei holistice a copiilor supradotaţi", în cadrul căruia a combinat o serie de variabile esenţiale, care prin interacţiunea lor contribuie la apariţia supradotării – individul, mediul, intervenţiile, rezultatele şi comunitatea.

Autorul acestui model acordă o importanţă deosebită variabilelor legate de intervenţie. Intervenţiile reprezintă elementele care determină organizarea informaţiei pentru învăţare, modificarea comportamentală şi dezvoltarea indivizilor.

La rândul ei, organizarea informaţiei se realizează prin intermediul culturii, în general, şi al curriculum-ului şcolar, în particular.

Decurge de aici faptul că eficientizarea sistemelor educaţionale se poate realiza prin adaptarea tuturor intervenţiilor pentru a se putea ajunge la o comunicare optimă cu elevii.

Erika Landau valorifică, în cadrul modelului său, elaborat în Israel, investigaţii experimentale desfăşurate pe parcursul a douăzeci de ani, pe un eşantion extins la peste 30.000 de copii cu un nivel ridicat de creativitate. (**Popovici, D. V.** coord., 2004, pp. 62-64).

Rezultatele cercetărilor sale demonstrează, în mod convingător, faptul că obţinerea unor performanţe superioare de către subiecţii săi a fost posibilă numai prin interacţiunea constantă dintre abilităţile intelectuale superioare ale acestora cu un mediu stimulativ, atât din punct de vedere cognitiv, cât şi afectiv.

Modelul rezultat a fost intitulat, de către autoare, „modelul interactiv al excelenţei" şi a căpătat, ulterior, o largă recunoaştere internaţională din partea specialiştilor din domeniul învăţământului.

Nucleul fundamental al teoriei sale îl reprezintă creativitatea aflată în relaţie directă cu talentul unui individ pentru un anumit domeniu, care se obiectivează, în final, în apariţia unor comportamente creative care se disting prin originalitatea manifestărilor.

Modelul cercetătoarei din Tel-Aviv posedă merite deosebite, legate şi de deschiderea către direcţii de cercetare ale problematicii creativităţii, care iau în consideraţie o serie de factori care nu sunt legaţi de cei de origine cognitivă.

Rezultatele cercetărilor contemporane demonstrează, în acelaşi timp, faptul că supradotarea reprezintă un rezultat al interinfluenţei dintre factorii sociali şi cei naturali. Numeroşi autori au ajuns la concluzia că la creativitatea supradotaţilor contribuie o mulţime de factori. V. Panic, citat de **Gajic, O.** (2005), a realizat un sumar al particularităţilor personalităţii creative pe baza cercetării a 22 de autori. Lista particularităţilor respectve este prezentată în tabelul de mai jos, (preluat după **Gajic, O.** 2005, pag. 220).

Sumarul particularităţilor personalităţii creative

Nivelul	Particularităţile personalităţii creative	Frecvenţele
1	Sensibilitatea la problemă	22
2	Nonconformismul	14
3	Originalitatea	10
4	Independenţa	9
5	Judecarea, filosofarea	8
6	Toleranţa indefinitului	7
7	Deschiderea provenită din experienţă	7
8	Imaginaţia	6
9	Capacitatea de observaţie, percepţia creativă	5
10	Curiozitatea	5
11	Flexibilitatea	5
12	Intuiţia, extragerea concluziilor fără informaţii suficiente	4
13	O mare forţă de muncă şi perseverenţă	4
14	Informarea	3
15	Nivel înalt de aspiraţii	3
16	Inteligenţă verbală	3
17	Fluenţă	2

„Pe baza datelor prezentate se poate ajunge la concluzia că, sensibilitatea în faţa problemei şi nonconformismul se găsesc în vârful listei de mai sus şi că fără identificarea

celor două nu se poate vorbi despre supradotare", afirmă autorul menţionat mai sus. (**Panic, V.**, 1997, pag. 66)

În prezentul paragraf, ne-am propus să aducem în atenţie tocmai astfel de realităţi. Nu toate palierele psihismului se află la acelaşi nivel de dezvoltare în cadrul supradotaţilor (apărând, astfel, fenomenele de *heterocronie*), după cum supradotarea - prin ea însăşi, nu garantează o adaptare socio-profesională întotdeauna optimă şi eficientă. Pentru a pătrunde, însă, în amănuntele acestor afirmaţii, considerăm că este necesară o delimitare cât mai clară a principalelor concepte implicate, cele de *adaptare şi heterocronie*. (**Popovici, D. V., Iliescu Al.**, 2005, pp. 52-58).

În ultimii ani, au apărut, totodată, şi noi puncte de vedere care se distanţează considerabil de interpretările psihometrice ce prezentau supradotarea ca un construct cuantificabil şi uşor măsurabil. Accentul este mutat de-acum, de pe identificarea abilităţilor manifeste, pe dezvoltarea continuă şi pe promovarea acelor condiţii care determină *„comportamentul de individ dotat"* (**Renzulli**) de-a lungul întregii vieţi şi într-o largă varietate de contexte extraşcolare. Conform noilor paradigme ale potenţialului aptitudinal înalt, educaţia copiilor supradotaţi ar trebui să se concentreze pe dezvoltarea abilităţilor metacognitive şi de selectare a informaţiei relevante, pe dezvoltarea capacităţilor de mediere şi de comprehensiune în contextul interpersonal al transmisiei culturale, pe transferul deprinderilor în situaţii multiple. La baza acţiunii educaţionale este statuată convingerea că performanţa intelectuală nu este determinată numai de dezvoltarea cognitivă.

Deşi la aceşti copii există un potenţial psihic deosebit, randamentul şcolar nu este la toţi pe măsura posibilităţilor lor; nefiind stimulat acest potenţial, ajung să trăiască stări tensionale, conflictuale, frustrante, ce nu favorizează dezvoltarea motivaţiei pentru activitatea şcolară.

Rezultă deci, că supradotarea este o manifestare umană deosebită, cu multiple faţete – având ca element comun excepţionalitatea – şi fiind realizată prin combinarea fericită a unor capacităţi intelectuale şi aptitudini deosebite, cu anumite trăsături de personalitate şi în condiţiile unui mediu socio-familial-cultural favorizant. (**Creţu, C.**, 1997).

Deşi, la prima vedere, poate părea cel puţin stranie, alăturarea ideilor de supradotare şi heterocronie, pentru că – începând de la **René Zazzo** şi până în prezent – termenii *heterocronie* sau *heterocronia dezvoltării* s-au uzitat mai ales în delimitarea specificităţii deficienţei mintale, considerăm totuşi că este oportună împrumutarea acestora şi în psihopedagogia supradotării, dovadă fiind aceeaşi dezvoltare sinuoasă şi inegală, dizarmonică ale palierelor psihice ale personalităţii copiilor supradotaţi.

Diferenţa dintre vârsta cronologică şi cea mentală a elevului supradotat implică o dezvoltare diferită la nivel emoţional şi social faţă de restul elevilor. Referitor la nivelurile de învăţare şi la mediul lor social, primele experienţe şcolare sunt deseori frustrante. Trebuie să presupunem că această presiune a mediului social poate da naştere unor probleme emoţionale şi de adaptare. Copiii supradotaţi, în ciuda dificultăţilor pe care le experimentează, trăiesc într-o oarecare formă, o presiune socială şi şcolară, manifestată mai ales prin comportamente antisociale. Acest decalaj mare dintre nivelul inteligenţei şi celelalte compartimente ale activităţii psihice atrage după sine o dezvoltare de tip heterocronic.

Ca şi în heterocronia oligofrenică, datorită tabloului discordant, considerăm că se poate vorbi, şi în cazul de faţă, despre o anumită heterodezvoltare individuală, ceea ce ar face necesară abordarea diferenţiată a individului supradotat, nu numai în raport cu indivizii din aceeaşi categorie, dar şi ţinând cont de particularităţile care intervin în diferitele perioade de evoluţie, atât în context familial, cât şi în context social şi şcolar. Trebuie menţionat că această heterocronie nu se manifestă doar între planurile inteligenţei şi ale afectivităţii, aşa cum am fi tentaţi să credem la prima vedere, ci şi între celelalte componente ale psihismului, ca procesele volitive, motivaţionale, în planul relaţionării, al integrării şi adaptării.

De altfel, mulţi autori, referindu-se la copiii supradotaţi, o fac în termenii de variabilitate individuală, devenind astfel *clasice* definiţiile care includ noţiunile de *„dizarmonie a dotării"* (**Chauvin**), *„dizarmonie cognitivă"* (**Zazzo**), *„dizarmonie cognitivă"* (**Gibello**), *„sindromul de disincronie"* (**Terrasier**) etc., care atrag astfel atenţia asupra problemelor speciale ale acestor copii în ceea ce priveşte, pe de o parte, maturizarea lor intelectuală precoce şi, pe de altă parte, subliniază întârzierile în sfera maturizării afective, a integrării sociale, a dezvoltării psihomotorii etc., cu implicaţii directe în procesul învăţării, creativităţii şi randamentului lor intelectual.

Conceptul de *disincronie,* introdus de Terrasier, se referă la faptul că tinerii precoci intelectual prezintă o serie de caracteristici de dezvoltare specifice, constând într-o heterogenitate în timp între dezvoltarea intelectuală, afectivă, psihomotorie şi grafomotorie. A ignora aceste fapte – adică decalajul dintre maturitatea intelectuală, pe de o parte, şi maturitatea afectiv-emoţională, socială etc., pe de altă parte, înseamnă a-i expune pe copiii supradotaţi nu doar la riscuri educative, ci şi la desocializare. (**Jigău, M.**, 1994)

Se pare că fenomenul disincroniei (între planul intelectual şi cel afectiv, de pildă) se manifestă mai pregnant şi este, deci, mai uşor observabil, la niveluri ale supradotării extrem de înalte (coeficient intelectual peste 150), aceşti copii având tendinţa de a se izola şi a deveni agresivi, pentru că cei mai mari sau mai mici nu-i acceptă, fie pentru că sunt imaturi fizic, fie pentru că sunt prea inteligenţi faţă de nivelul grupului de vârstă cronologică. Acest fenomen al heterocroniei interne şi externe constituie un argument puternic în favoarea necesităţii existenţei unui mediu şcolar educativ, organizat după alte criterii decât cele ale şcolii de masă. Nivelul înalt al motivaţiei se manifestă prin desincronia existentă între viteza dezvoltării mentale a copilului supradotat şi cea a colegilor de clasă, în cadrul unui program şcolar standardizat. Capacităţile acestor copii se deteriorează de-a lungul anilor, dacă nu sunt antrenate. Aceşti copii se simt uneori inferiori faţă de ceilalţi colegi, îşi percep propriile abilităţi ca pe ceva negativ, ca pe o povară. Aşa pot apărea şi fenomene de subestimare, pentru că sunt respinşi din cauza abilităţilor lor, se simt vinovaţi de acest lucru, de aceea încearcă să-şi ascundă capacităţile, refuzând să-şi facă temele sau realizându-le în mare grabă, fără prea mare atenţie. Acest lucru le provoacă deziluzie, ca răspuns la curiozitatea lor, şi le arată că munca şcolară nu merită efort (astfel, devenind supradotaţi *subrealizaţi*). În acest sens, şcoala poate contribui la formarea inhibiţiilor intelectuale.

Totodată, această caracteristică a supradotaţilor vine să contrazică imaginea *şablon* despre aceşti copii, care-i prezintă drept nişte creaturi atotştiutoare, cu resurse pentru orice domeniu şi, în consecinţă, dacă sunt cu adevărat supradotaţi, se vor afirma chiar şi într-un sistem educativ imperfect sau conceput pentru altfel de copii.

Descrierea prezentată mai sus implică, în mod direct, ideea că eşecul şcolar, de exemplu, este incompatibil cu supradotarea, fapt însă frecvent contrazis de realitate. Ştim că mulţi oameni renumiţi ai ştiinţei au trecut prin situaţii şcolare critice, uneori chiar în domeniul în care s-au afirmat ulterior, dar nu vom şti niciodată câţi supradotaţi nedescoperiţi nu s-au realizat datorită unui mediu şcolar şi social defavorabil. Pe de altă parte, **Terman** şi colaboratorii considerau ca fiind bună, până la superioară, adaptarea socială şi emoţională a copiilor supradotaţi studiaţi de ei; mai târziu, şi **Sears** afirmă că există o corelaţie pozitivă între supradotarea intelectuală şi gradul adaptării psihosociale. Însă, aceste fapte sunt considerate contradictorii de către alţi cercetători, pentru că înaltele aptitudini ale celor supradotaţi şi mai ales ridicata lor sensibilitate îi predispune la fenomene de inadaptare socială.

Datorită dezvoltării deosebite a funcţiilor lor cognitive, a capacităţii lor de a înţelege şi problemele adulţilor, a maturizării rapide a gândirii, cât şi conştiinţa că sunt diferiţi de ceilalţi, duce, adesea, la perfecţionism, autocriticism, izolare socială. Sensibilitatea mărită faţă de lumea înconjurătoare şi preocupările profund legate de moralitate şi justiţie sunt o consecinţă a sentimentului inadaptării sociale, a creşterii conflictelor interne, a lipsei de înţelegere din partea altora asupra capacităţilor şi abilităţilor copiilor supradotaţi, (**Y. Benito**, 2003).

Pentru mulţi tineri, perioada adolescenţei este o etapă de tulburări şi discontinuităţi, materializate prin dificultăţi de identificare, insecuritate şi acceptare greoaie în grupul de covârstnici, fapt care generează dizarmonii suplimentare, care-l plasează pe elevul supradotat în situaţii de *dificultate psihosocială*. Spunem asta deoarece unii copii supradotaţi au dificultăţi în a se percepe realist, însă apreciază realist marile aşteptări ale celor din jurul lor, şi încercând, astfel, să fie *perfecţi*, implicit devin şi mai conformişti, sau unii având dificultăţi în a atinge aceste *aşteptări* îşi maschează, treptat, aptitudinile. Pe de altă parte, analiza *stimei de sine* la supradotaţii „subrealizaţi" evidenţiază că aceştia , având performanţe şcolare slabe sau nefiind percepuţi ca supradotaţi de către familie ori şcoală, tind să se îndrepte către activităţi profesionale mai slab evaluate sau chiar către fapte antisociale.

În perioada adolescenţei, mai ales, la supradotaţi se remarcă o scădere a *stimei de sine academice,* din nevoia de aderare la grupul social, **Wright** şi **Leroux**, citaţi în **Stănescu, M. L.**, (2002). Desigur, fiecare caz de copil supradotat trebuie judecat în funcţie de mediul lui de viaţă şi de variatele sale contexte de educaţie, dar nu toţi supradotaţii pot fi caracterizaţi de o imagine de sine bine conturată şi de o adaptare superioară la mediul social şi invers. Şi tocmai acea tendinţă de perfecţionism, de care vorbeam mai sus, se percepe de către societate ca o tendinţă psihonevrotică, fiind considerat un sistem nepotrivit de viaţă, o caracteristică de nedorit ce trebuie eliminată din personalitatea individului. Poate apărea, desigur, şi efectul opus, la fel de negativ, ilustrat foarte bine de experimentele lui **Roberts** şi **Lovett** (1994) care au indus în mod expres unor adolescenţi supradotaţi un eşec academic, ce a avut la bază nerezolvarea unor anagrame care, de altfel, erau extrem de dificile; s-a observat că după această nereuşită elevii supradotaţi au manifestat mult mai multe reacţii emoţionale negative, opinii iraţionale despre ei înşişi, stres psihologic intens şi s-au autoorientat şi mai accentuat spre perfecţionism; toate aceste modalităţi de reacţie s-au dovedit a fi foarte profunde în comparaţie cu cele ale unui grup de elevi, ales la întâmplare, cu performanţe intelectuale medii, (**A. Robinson**, 1998).

În multe cazuri, însă, semnele perfecţionismului nu sunt foarte evidente pentru cel care-l percepe, deoarece, aparent, elevul pare să lucreze într-o formă uşoară, lipsită de efort. Este important pentru adulţi să cunoască semnele perfecţionismului, astfel încât să nu confunde comportamentul distructiv-entropic cu capacitatea de motivaţie.

Leroux (1990), citat de **Jigău** (1994), într-un studiu consacrat percepţiilor şi credinţelor vizând imaginea de sine a adolescenţilor supradotaţi, constată la lotul studiat că doar eul social şi aptitudinile vocaţionale şi interpersonale sunt deasupra mediei şi că există o corelaţie pozitivă între percepţia relaţiilor familiale şi randamentul şcolar. Totuşi, necunoaşterea adecvată a imaginii de sine şi denaturarea stimei de sine apare, din păcate, destul de frecvent la aceşti copii. Societatea, fără să le cunoască realitatea, susţine diverse opinii ce distorsionează ideea comună pe care şi-a făcut-o despre supradotaţi. Iar acest lucru se agravează în rândul copiilor şi tinerilor supradotaţi, care pot ajunge să creadă că imaginea despre ei este cu totul falsă, greşită sau negativă.

Între copiii supradotaţi şi cei extrem supradotaţi (cu un coeficient de inteligenţă de peste 150), nu există diferenţe semnificative în privinţa precocităţii anumitor trăsături sau etape de creştere şi dezvoltare, cu excepţia învăţării cititului; pe ansamblu, însă, de 2,5 ori mai mulţi copii supradotaţi au învăţat să citească înaintea vârstei de 4 ani, comparativ cu ceilalţi copii. Copiii supradotaţi au dificultăţi în învăţarea scrisului, consecinţă a rapidităţii derulării proceselor mintale care sunt în relativă contradicţie cu ritmul mai lent de dezvoltare a coordonării neuro-musculare. Supradotaţii au, de asemenea, probleme cu activităţile de tip manual, cerute de şcoală, pentru că dezvoltarea lor intelectuală este mult în avans comparativ cu psihomotricitatea, „bruiată" şi de nerăbdarea şi rapiditatea lor în tot ceea ce fac, iar orice activitate motorie şi, mai ales scrisul, presupune răbdare şi meticulozitate.

Decalajul lor între vârsta mintală şi cea a covârstnicilor creşte, avansul lor ajungând la 1-2 ani, până la 5-6 ani, pe parcursul întregii şcolarităţi. Cu cât un individ este mai extrem supradotat sau talentat, cu atât mai mult va trebui să-i acceptăm un grad mai mare de nonconformism, şi, implicit, dificultăţi mai mari de a fi înţeles şi acceptat de societate, (**Jigău, M.**, 1994).

Din punct de vedere psiho-afectiv, întâlnim, uneori, la copiii supradotaţi stări de anxietate, insecuritate, sentimente de izolare, complexe pentru neîndemânarea lor manuală şi fizică, suferinţe pentru faptul că au preocupări diferite faţă de ale celorlalţi (cum ar fi nevoia de a citi mereu, de a lucra singuri, de a se autoconduce, de a se interesa de lucruri "marginale" şi de probleme de adaptare şcolară şi socială).

Dacă luăm în considerare punctul de vedere psihogenetic al lui Piaget, atunci ar trebui, din contră, ca elevii supradotaţi să fie, poate, cei mai adaptaţi ; şi totuşi se raportează frecvente fenomene de depresii, marginalizare, ostilitate, suicid etc. în rândul acestora. Ne aflăm, aşadar, în faţa unui paradox, conform căruia un înalt coeficient de inteligenţă poate genera în acelaşi timp adaptare şi inadaptare.

Desincronia dintre cele două trebuie căutată nu numai la nivelul coeficientului de inteligentă *(CI) foarte înalt, sinonim cu adaptarea şi eficienţa*, ci şi la nivelul altor factori. Este adevărat că inteligenţa este o bază importantă pentru reuşita şcolară sau socială, dar nu este şi suficientă. Aşadar, sunt mai mulţi factori care contribuie la atingerea unor performanţe superioare de adaptare. Din această afirmaţie rezultă că insuccesul este la rândul lui multicauzal, dar şi că elevii care fac dovada unui coeficient

de inteligenţă destul de ridicat au, totuşi, şansa să experimenteze eşecul şcolar şi social; şi după cum am văzut, sunt chiar mai expuşi acestui risc decât ceilalţi copii, din cauza trăsăturilor specifice de personalitate.

Încercând să rezumăm ceea ce am afirmat până acum, devin evidente cele 3 mari modalităţi psihocomportamentale specifice copiilor şi tinerilor supradotaţi, cu efecte directe ale heterocroniei dezvoltării, descrise de **Wallace** (citat în **Creţu, C.**, 1997):

- *sentimentul de a fi diferit de colegii de vârstă*, prin ideile dintr-un domeniu oarecare, prin interesele dezvoltate mai profund, mai variat, mai expresiv;
- *povara înaltei senzitivităţi* („copiii supradotaţi au probleme de supravieţuire în plus, tocmai pentru că sunt excepţionali") – devansarea nivelurilor mentale de vârstă, intelectualitatea prematură nu sunt însoţite de aceeaşi precocitate emoţională şi fiziologică;
- *aptitudine excepţională pentru învăţare:* ritmul rapid de învăţare şcolară şi socială face din copilul supradotat intelectual un candidat sigur la experienţa pluriformă a plictiselii, care conduce la o involuţie faţă de posibilităţile personale, dacă nu sunt oferiţi stimuli cognitivi şi afectivi compensatori.

Desigur că inteligenţa ridicată, specifică supradotaţilor, antrenează în acelaşi timp şi celelalte paliere ale dezvoltării psihice, şi totodată, aceasta se constituie în mecanisme compensatorii ce vizează aspectele interacţiunii sociale, dar, cu toate acestea, supradotaţii sunt mai frecvent expuşi riscurilor de inadaptare socială şi şcolară, atât din cauza factorilor ce ţin de propriile personalităţi, cât şi din cauza presiunilor, venite din mediul extern, la care sunt supuşi.

Totuşi, aşa cum am mai subliniat, copiii supradotaţi nu constituie un grup populaţional omogen. Nu putem vorbi de un profil psihologic unic, în cazul copiilor supradotaţi, acest lucru fiind chiar riscant. Doar printr-o cunoaştere adecvată şi printr-o examinare a celor mai relevante caracteristici diferenţiale, putem să-i oferim copilului consiliere individualizată.

În concluzie, principalele trăsături cognitive ale persoanelor cu dotare superioară se rezumă la „o reţea superioară de abilităţi, puternic legate între ele, care se referă la reţinerea, transformarea şi folosirea simbolurilor verbale şi numerice, rezultatul fiind capacitatea mnezică, deprinderile rezolvării de probleme, dexteritatea cu care se manipulează şi sunt percepute conceptele". (**M. I. Stănescu**, 2002, pag. 49)

În legătură cu personalitatea supradotaţilor, **Roeper** (*apud* **Shea, T. M., Bauer, A.M.**, 1994), arată că, aceasta este direcţionată către îndeplinirea anumitor roluri, care asigură, în acelaşi timp, echilibrul afectiv în relaţie cu societatea.

În general, relaţia dintre personalitatea indivizilor cu dotare superioară şi identificarea cu un anumit rol, nu se va găsi în stare pură, în sensul că, frecvent indivizii supradotaţi pe parcursul existenţei lor, pentru a face faţă problemelor afective, vor împrumuta elemente care provin de la roluri diferite.

Redăm, în continuare, câteva roluri mai importante, îndeplinite de către copii şi tineri supradotaţi, în viziunea lui **Roeper** (*apud* **Shea, T. M., Bauer, A. M.**, 1994):

- *perfecţionistul,* care combină potenţialităţile sale imediate cu o dezvoltare mai târzie a conştiinţei de sine;
- *copilul adult,* care combină sentimentul omnipotenţialităţilor sale cu un obiectiv legat de independenţa totală;

- *câştigătorul întrecerii,* care combină sentimentul omnipotenţialităţilor sale cu dorinţa acerbă de a se remarca în faţa tuturor celorlalţi;
- *excepţia,* în care sentimentul omnipotenţei se transformă într-o forţă motrice, pulsiune mult prea puternică, ce împiedică dezvoltarea normală;
- *autocriticul,* care rămâne fixat pe dezvoltarea conştientă;
- *integratul,* care trece prin fazele emoţionale tipice, în cadrul dezvoltării sociale.

De obicei, copiii supradotaţi preferă prieteni care au aceeaşi vârstă mintală (deci mai mari decât ei) şi se orientează spre jocurile intelectuale (şah, bridge, puzzle, cuvinte încrucişate). Poziţia lor socială fluctuează în funcţie de vârsta şi de factorii de mediu. Nevoia de a fi acceptaţi sau de a se conforma unui grup, nevoie ce se cristalizează în perioada gimnaziului, este mai dificil de satisfăcut la supradotaţi. Cogniţia lor socială este precoce, recunoscând, intuitiv, dinamica grupului, statusul social al altora, semnificaţia indicilor nonverbali.

Receptivitatea faţă de stimulii sociali îi ajută să facă faţă situaţiilor şi diferenţelor. Sunt mai sensibili la distincţia corect/greşit, fiindu-i mai greu să facă un compromis.

Esenţial pentru educator rămâne, însă, distincţia dintre nonconformism şi inadaptarea socială a acestora.

Pentru activităţile educative cu elevii supradotaţi, luând în consideraţie profilul distinct al personalităţii acestora, este necesară o pregătire specială atât pentru profesori, cât şi pentru părinţii acestor elevi, şi chiar, până la urmă, schimbarea societăţii în ansamblul său.

În Europa există posibilitatea profesorilor de a se perfecţiona în activitatea cu elevii supradotaţi de nivel preuniversitar, prin obţinerea unei diplome de specialist în activitatea cu această categorie de elevi, de la Consiliul European pentru Abilităţile Înalte (ECHA – European Council of Hight Ability). Formarea în acest domeniu, se realizează prin activităţi teoretice şi practice, cu o durată de 500 de ore, la Universitatea din Nijmegen din Olanda, la Universitatea din Minster, Germania şi la Academia pentru Instruirea Adulţilor din Elveţia.

De asemenea, şi la nivelul învăţământului superior european, sunt organizate programe de perfecţionare pentru cadrele didactice universitare, în scopul dezvoltării aptitudinilor înalte şi creativităţii studenţilor. Programele cuprind, în general, teme legate de următoarele subiecte: metode de activitate cu supradotaţii, studenţii supradotaţi şi stilurile de învăţare, modalităţi pentru organizarea prelegerilor pentru stimularea studenţilor talentaţi, rolul mentorului în activitatea cu studenţii supradotaţi, stimularea accelerării studiilor, rolul activităţilor individuale în activitatea cu supradotaţii, strategii utilizate pentru accelerarea studiilor, instrumente pentru stimularea supradotaţilor şi poziţia supradotaţilor în cadrul populaţiei medii (**Moksic, S., Boianovic, M. D.,** 2005, pag. 327).

„În legătură cu stilurile de instruire a cadrelor didactice, destinate elevilor supradotaţi, **K. I. Seifert** enumeră următoarele trei ca fiind mai potrivite, intitulate:

1. managerul instructiv;
2. persoană grijulie;
3. specialistul generos.

Managerul instructiv este tipul profesorului capabil să se orienteze asupra dirijării diverselor activităţi ale individului şi grupului, iar elevilor să li se creeze o organizare clară.

Persoană grijulie este cadrul didactic care se orientează spre diversitatea elevilor săi şi se orientează mai mult în funcţie de modul în care contribuie activitatea din clasă la eficienţa şi avansarea fiecărui individ.

Specialistul generos consideră că, există discordanţă între ceea ce ei ştiu şi ceea ce ştiu elevii lor. În opinia lor, sarcina de bază constă în diminuarea acestei discordanţe. Relaţia lor cu elevii reprezintă, de fapt, raportul dintre mentor şi protejat sau cel dintre specialist şi începător. Ca să aibă succes, cadrele didactice, care adoptă stilul specialistului generos, îşi expun liber cunoştinţele şi le transmit cu entuziasm, stimulează, inspiră, iniţiază, gândesc cu voce tare, proiectându-şi propriile cunoştinţe, toate acestea în folosul elevilor.

În general, toate cele trei tipuri de cadre didactice se încadrează în filosofia constructivistă a învăţământului – abordarea instruirii în cadrul căreia cea mai mare atenţie se acordă construirii sau edificării propriei învăţări". (**Milutinovici, J., Zukovic, S.,** 2005, pp. 408-409).

În legătură cu criteriile utilizate de către profesori, pentru identificarea elevilor supradotaţi, s-au făcut pe plan internaţional numeroase cercetări, majoritatea prin intermediul chestionarelor. Dintre acestea, menţionăm, pentru exemplificare, studiul realizat de **Radmila Nikoltf** (2005), pe baza chestionarului aplicat unui număr de 300 de profesori proveniţi din oraşe din Serbia.

Rezultatele acestei investigaţii experimentale au relevat două concluzii interesante:

1. cea mai mare parte a profesorilor chestionaţi, într-un procent de 72,5%, se conduc în identificarea elevilor cu potenţial de supradotaţi după aprecierile proprii şi numai un procent scăzut utilizează procedee psihodiagnostice şi instrumente standard;
2. în aprecierea elevilor, ca având o dotare superioară, profesorii acordă cea mai mare atenţie, în ordine, caracteristicilor intelectuale, coeficientului de inteligenţă, nivelului de dezvoltare a vocabularului, curiozităţii şi rapidităţii de învăţare a copiilor.

Ţinându-se cont că, din alte cercetări efectuate în alte ţări, a rezultat că majoritatea profesorilor se conduc, în depistarea elevilor supradotaţi, în primul rând, după aprecieri cu caracter empiric, s-au dezvoltat, în ultima vreme, pe plan internaţional o serie de ghiduri şi scale de evaluare pentru învăţători şi profesori, care asigură o depistare mai rapidă (de tip screening) şi mai riguros ştiinţifică a elevilor cu potenţial ridicat din cadrul populaţiei şcolare.

La rândul lor, părinţii elevilor supradotaţi trebuie pregătiţi în mod corespunzător pentru a putea contribui, în mod eficient, la înţelegerea şi educarea propriilor copii.

Menţionăm, în acest sens, că o serie de ţări au demarat programe de formare pentru părinţi, cum este, spre exemplu cazul Irlandei, care încă din 2003 a organizat un astfel de program de succes, intitulat „Sprijinirea părinţilor copiilor supradotaţi".

Cu privire la rolurile îndeplinite de elevul supradotat, din perspectiva educaţională, constructivistă, **D. D. Philips** enumeră trei roluri fundamentale:

1. elevul activ, unde activitatea sa este sau socială sau individuală sau mentală sau fizică;
2. elevul social, unde se accentuează construcţia socială a cunoştinţelor;
3. elevul creativ, unde accentul se pune pe crearea sau recrearea cunoştinţelor şi comprehensiunii", **(Milutinovic, M. J., şi Zukovic, S.,** 2005, pag. 409).

În legătură cu modelele de organizare instituţională, legate de evaluarea elevilor supradotaţi, pe plan internaţional, trebuie spus că o serie de ţări dezvoltate s-au concentrat pe înfiinţarea de centre de excelenţă pentru a fructifica potenţialul ridicat de care dispun aceşti elevi, multe dintre ele creându-şi o metodologie proprie în această direcţie. Spre exemplu, sunt deja renumite, pe plan mondial, Centrul pentru Studierea Aptitudinilor Înalte, din Olanda, creat de profesorul F. Monks, Centrul Huertă del Rey, din Spania, conceput de profesoara Yolanda Benito şi Centrul de pe lângă Universitatea din Tel-Aviv, Israel, fondat de profesoara Erika Landau.

În alte ţări, există în prezent şcoli şi clase speciale pentru elevi supradotaţi.

România a optat, din acest punct de vedere, doar pentru organizarea de clase speciale pentru elevi cu performanţe superioare în diverse domenii organizate mai ales la nivel liceal. În momentul de faţă, pe măsura dezvoltării învăţământului privat din ţara noastră, mai ales la nivel preşcolar, există condiţiile necesare înfiinţării unor grupe de elevi cu aptitudini înalte încă de la vârsta preşcolară.

Deoarece elevii supradotaţi se încadrează în categoria celor cu cerinţe educaţionale speciale în activitatea cu aceştia, este necesară aplicarea unor strategii didactice specifice din domeniul educaţiei integrate. Ţinându-se însă seama de trăsăturile lor psihice, specialiştii recomandă şi aplicarea altor strategii adaptate numai învăţământului pentru elevii supradotaţi.

În viziunea noastră, dintre strategiile didactice consacrate, din domeniul educaţiei integrate, aplicate cu succes la elevii cu deficienţe şi cu tulburări de învăţare, pot fi preluate de către cadrele didactice, care predau elevilor supradotaţi, strategiile următoare:

- cooperarea în predare;
- adaptarea curriculară;
- utilizarea de programe de servicii şi planuri de intervenţie personalizate;
- gruparea în clase speciale;
- instruirea la domiciliu.

1. *Cooperarea în predare* se bazează pe ideea de parteneriat între profesori sau între un profesor şi alte categorii de persoane specializate în alte domenii, sau persoane, părinţi sau voluntari, care întrunesc aceste condiţii.

În cazul elevilor supradotaţi, un profesor se poate specializa pe anumite capitole, pe care le va preda la un nivel superior programei numai elevilor supradotaţi, utilizând, eventual, şi metode mai stimulative şi creative, ca, de exemplu, învăţarea prin descoperire. În cazul în care nu dispunem de profesor specializat în domeniul educaţiei elevilor supradotaţi, putem apela şi la alte categorii de specialişti cu pregătire în acest domeniu.

În această situaţie, putem iniţia colaborări cu psihologi specializaţi în activităţi de psihodiagnoză şi consiliere educaţională.

2. *Adaptarea curriculară,* în cazul elevilor supradotaţi, se referă, cu precădere, la introducerea unor programe educaţionale suplimentare în orarul de studiu, în funcţie de aptitudinile pentru anumite domenii ale elevilor cu care se lucrează, asigurându-se, în acelaşi timp, un ritm mai rapid în parcurgerea programei şcolare.

Datorită acestui ultim aspect, specialiştii consideră că această categorie trebuie combinată cu unele elemente componente, aparţinând strategiei bazată pe accelerarea studiilor.

În esenţă, putem afirma că procesul de adaptare curriculară nu se concentrează numai pe nivelul conţinuturilor şi informaţiilor din sistemele valorice ale elevilor supradotaţi, ci cuprinde o serie de alte elemente complexe, legate de obiectivele intervenţiei educaţionale, metodele cele mai eficiente care pot fi utilizate şi procedeele de evaluare cele mai potrivite, prin care se pot măsura performanţele elevilor.

Utilizarea acestei strategii urmăreşte să exercite asupra elevului supradotat o adevărată stimulare cognitivă, prin utilizarea unor metode variate, multe dintre ele, care stimulează creativitatea dintre care enumerăm brainstorming: învăţarea prin descoperire sau rezolvarea de probleme complexe dintr-o perspectivă interdisciplinară.

În general, în cadrul aplicării acestei strategii se recomandă cadrelor didactice să încerce, pe cât mai mult posibil, să aleagă metodele care permit elevilor supradotaţi un grad înalt de libertate în abordarea conţinuturilor predate, din punct de vedere cognitiv şi acţional.

3. *Utilizarea de programe de servicii personalizate (PSP)* se referă, în general, la acordarea unui sprijin complex, dintr-o perspectivă interdisciplinară, pentru elevul cu handicap. În cazul elevilor cu dotare superioară, suportul va fi asigurat de o echipă, care poate cuprinde specialişti din domeniile activităţilor cu elevii supradotaţi. În momentul de faţă, din păcate, sunt puţine ţări în lume care acţionează pe baza unei astfel de strategii.

În cadrul programului de servicii personalizate, fiecare specialist are propriul plan de intervenţie; spre exemplu, un profesor certificat realizează un plan educaţional individualizat (PEI), fapt care semnifică, în esenţă, că elevului supradotat i se pune la dispoziţie un curriculum propriu, care reprezintă mult mai mult decât un proces de adaptare curriculară.

De regulă, planul educativ personalizat (PEI) se aplică începând cu categoria elevilor cu supradotare extremă, asigurându-se, în acest mod, parcurgerea accelerată a studiilor, fapt care va putea permite elevului respectiv să ajungă la o facultate pentru care va prezenta aptitudini deosebite la vârsta când colegii săi îşi încep studiile liceale.

4. *Gruparea în clase speciale* reprezintă, în primul rând, avantajul omogenizării colectivului de elevi ai clasei, la fel ca şi în cazul alcătuirii de clase speciale pentru elevii cu deficienţe.

Diferenţa esenţială constă în faptul că, în cazul elevilor supradotaţi criteriile utilizate pentru gruparea elevilor pe clase sunt cele legate de potenţialul intelectual înalt sau existenţa unor aptitudini superioare pentru un anumit domeniu, iar în cazul elevilor cu deficienţe criteriile utilizate frecvent, se referă la tipul şi profunzimea deficienţei acestora.

Yolanda Benito (2003) arată că există două modalităţi de grupare a elevilor supradotaţi în clase speciale:

- Gruparea în ciorchine;
- Gruparea în timp complet.

Gruparea de *„tip ciorchine”*, arată autoarea spaniolă, constă în integrarea unor copii preşcolari sau şcolari mici într-o grupă sau clasă specială, în funcţie de performanţele înalte obţinute într-un anumit domeniu de studiu. În cadrul acestei grupe de clase, copiii parcurg un program de intervenţie pe baza unui plan de studiu propriu, cu sarcini precise pentru grupul de copii supradotaţi.

Gruparea *„în timp complet”* se bazează pe alcătuirea grupului de elevi, în funcţie de relaţiile interpersonale pozitive dintre ei şi nivelul lor intelectual ridicat, chiar dacă aceştia îşi manifestă supradotarea pe domenii diferite.

5. *Instruirea la domiciliu*, la rândul ei, nu se aplică numai elevilor cu handicapuri severe, nedeplasabili, ci şi celor cu dotarea înaltă.

Această strategie are, la ora actuală, mare răspândire în SUA, de unde a început să migreze către zonele mai izolate ale Canadei, devenind o soluţie viabilă pentru anularea dezavantajelor reprezentate de locaţia şcolilor la distanţe mari faţă de domiciliul elevilor.

Dezvoltarea acestei strategii a fost ajutată de dezvoltarea internetului, care a permis comunicarea conţinuturilor informaţionale între elevi şi profesori în cele mai îndepărtate colţuri ale lumii.

Curriculum-ul pentru instruirea la domiciliu se bazează pe un program informaţional şi socioemoţional, destinat dezvoltării maximale a aptitudinilor superioare excepţionale ale elevilor supradotaţi. (**Y. Benito**, 2003).

Strategia se bazează pe utilizarea de tutori şi părinţi instruiţi corespunzător.

Ca tutori, pot fi utilizaţi profesori de toate nivelurile, inclusiv de nivel universitar, pentru asigurarea unui suport educaţional cât mai competent, care să asigure, în acelaşi timp, şi posibilitatea accelerării studiilor în funcţie de performanţele elevului.

Prin acest sistem, elevului i se oferă o serie de elemente indispensabile dezvoltării aptitudinilor sale superioare, educaţie programată, materiale de studiu diferenţiate, profesori certificaţi, bibliotecă virtuală şi teste eficiente pentru evaluarea progreselor realizate în activitatea de învăţare.

Pe lângă avantajele certe, care reies din prezentarea acestei strategii, specialiştii au constatat că, prin folosirea ei exclusivă, această strategie poate conduce şi la apariţia unor dezavantaje, dintre care cea mai importantă este legată de desocializarea elevului, care va avea un impact negativ pentru integrarea sa ulterioară în sistemul de învăţământ tradiţional şi în societate, în general.

Dintre strategiile utilizate pe plan mondial, pentru educaţia elevilor supradotaţi, considerăm că „accelerarea studiilor” este cea mai importantă şi răspândită strategie.

În Europa, acest tip de strategie a fost testată cu succes în câteva ţări, dintre care enumerăm Spania, Portugalia şi Franţa.

Conform lui **Y. Benito**, care a aplicat cu succes această strategie educaţională în Spania, accelerarea studiilor permite avansarea rapidă a elevului supradotat cu unul sau

mai mulţi ani şcolari, pentru a reduce perioada de instrucţie şi pentru a-i oferi acestuia un conţinut curricular motivant, adaptat capacităţilor sale intelectuale, într-un mediu de învăţare stimulativ.

În general, această strategie se recomandă să fie aplicată în cazul unor elevi cu performanţe deosebite la anumite discipline, cu un randament de învăţare superior sau care au un nivel ridicat de cunoştinţe cu caracter autodidact şi posedă, în cele mai multe cazuri, o maturitate afectivă şi socială ridicată.

Principalele forme, sub care se poate aplica această strategie, sunt următoarele (**Creţu, C.**, 1998).

- admiterea devansată în clasa întâi;
- sărirea claselor;
- accelerarea studiilor prin întrepătrunderea claselor (parcurgerea unui ciclu şcolar în timp mai scurt, accelerarea studiilor la o singură disciplină);
- accelerarea studiilor în clase speciale pentru elevi talentaţi (fără sărirea claselor);
- accelerarea prin parcurgerea unui traseu curricular individual (schemă de orar individualizat);
- accelerarea prin efectuarea unor ore suplimentare pe parcursul unui an şcolar sau în vacanţe;
- accelerarea prin sistemul de tutoriat;
- accelerarea prin sistemul de educaţie la distanţă;
- accelerarea prin strategii de elev-invitat la o universitate.

În SUA, **Hultgren,** după cercetări îndelungate, realizate predominant prin metoda interviului, profesorii şi familiile elevilor supradotaţi, a realizat o sinteză remarcabilă a avantajelor şi dezavantajele legate de utilizarea acestei strategii, pe care o redăm în continuare (**Y. Benito**, 2003).

Avantajele accelerării

- reducerea plictiselii;
- intensificarea numărului provocărilor academice;
- prevenirea apatiei mentale;
- descoperirea intereselor şi abilităţilor individuale;
- creşterea satisfacţiilor, a motivaţiei şi transformarea pozitivă a imaginii de sine;
- posibilitatea obţinerii succesului precoce, conform baremului academic;
- maleabilizarea atitudinilor faţă de şcoală; utilizarea resurselor educative normale, fără taxe suplimentare.

Dezavantajele accelerării

- frica de reacţiile sociale, privind separarea de grupul de aceeaşi vârstă;
- creşterea presiunii emoţionale şi sociale, datorită dezvoltării şi maturizării mai rapide;
- dorinţa şi, uneori, chiar nevoia de izolare, graţie programelor de educaţie individualizate;

- o discrepanță între dezvoltarea fizică, cea socială și cea emoțională;
- temporar, probleme de compatibilitate.

Părinții, profesorii și, mai ales, viitorii candidați, care vor opta pentru această formă de condensare a studiilor, trebuie să cunoască toate aceste avantaje și dezavantaje.

Se observă, din cele prezentate mai sus, că, avantajele acestei strategii sunt mai importante și mai numeroase decât dezavantajele ei, fapt care susține menținerea acesteia printre strategiile frecvent aplicate în numeroase instituții specializate în educația supradotaților de pe plan mondial.

În concluzie, este important de subliniat și faptul că, prin combinarea acestei strategii cu cele bazate pe realizarea de planuri de intervenție personalizate și adaptarea curriculară extensivă, un elev înalt supradotat, spre exemplu, poate absolvi liceul în 1-2 ani și apoi facultatea într-un interval de timp similar sau mai scurt.

În încheierea acestui subcapitol, menționăm faptul că, în conținutul său, am reușit să schițăm doar câteva dintre aspectele majore legate de problematica vastă și încă controversată a supradotării.

Nutrim speranța că, această ramură de studiu se va dezvolta mai mult în viitor, în țara noastră, pentru a putea asigura specialiști de vârf în toate domeniile, pregătiți conform strategiilor educaționale avansate, în organizații școlare eficiente, capabile să fructifice potențialul înalt al elevilor cu dotare superioară.

Rezultatele anterioare, obținute de loturile noastre de elevi la concursurile internaționale sub pregătirea unor profesori cu înaltă competență academică, ne demonstrează că există o tradiție psihopedagogică autohtonă în activitatea cu elevii supradotați, care rămâne încă, din păcate, insuficient valorificată la nivel național.

4. SPECIFICUL EVALUĂRII ȘI DIAGNOZEI PSIHICE ÎN STĂRILE DE DEZVOLTARE PE SCALA EXTREMELOR INFERIOR/SUPERIOR

Evaluare și tipuri de diagnostic

Diferențele dintre oameni, determinate de trăsăturile psihoindividuale și de vârstă, de condiția de normalitate sau de boală, de dezvoltarea raportată la scala inferior / superior sau de apropierea acestora, pe scara moralității și a valorilor, de extremele axei „bine–rău", ***au generat dintotdeauna interesul științific pentru identificarea, cunoașterea și apartenența acestora la un anumit tip de personalitate (normală, decompensată, accentuată, patologică, antisocială etc.).***

În fapt, umanitatea însăși, în drumul ei filogenetic și ontogenetic, s-a plămădit din jocul dintre general, particular și individual, dintre comun și excepție, dintre tipic și atipic, dintre inferior și superior.

În general, ***„normalitatea"*** și corelativul prefixat în sens de opoziție logică absolută – ***„anormalitatea"*** (adică fără normalitate) sunt interpretate ca moduri de a fi ale ființei umane care implică, fie starea de echilibru și sănătate, fie starea de dezechilibru, disoluție și boală; în virtutea dispoziției structural-funcționale ambivalente a persoanei umane, normalitatea / sănătatea și anormalitatea / boala sunt „situații-stare", egal posibile

pe axa existenţială a unei persoane, fără graniţe fixe, cu o dinamică şi direcţionare reversibilă (aceste stări reprezentând, în sensul cel mai larg, ***două tipuri fundamental - umane***).

Circumscrierea semantică şi fenomenologică a acestor realităţi umane depinde de modelele socio-culturale, normative şi valorice ale unei societăţi istoric determinate, pe de o parte, iar pe de altă parte, de perspectiva ştiinţifică din care se realizează interpretarea lor (filosofică, morală, medicală, psihologică, antropologică, socială, statistică etc.).

K. Schneider remarca, în acest sens, că personalităţile anormale sunt cele care se îndepărtează de medie, adică de normalitatea interpretată statistic; ***deoarece norma medie serveşte ca regulă şi nu ca normă de valoare, nu există o frontieră absolută şi inflexibilă între personalităţile anormale şi cele normale, întrucât media este permanent supusă variaţiilor, ca, de altfel, şi limitele extremelor superior / inferior ale stărilor de dezvoltare fizică şi psihică.***

O poziţie deosebită pe axa normalitate – anormalitate o ocupă copiii şi persoanele cu o deficienţă sau cu deficienţe asociate; din perspectiva Noii Clasificări a Funcţionării, Dizabilităţii şi Sănătăţii (CIF, OMS, 2001), ***aceste persoane suferă de o afectare fizică sau psihică*** (absenţă, pierdere, anormalitate) ***în una sau mai multe structuri sau funcţii ale corpului.***

CIF are rol de cadru general de descriere a stării de sănătate şi a celorlalte stări corelative acesteia, pe baza unui model interdisciplinar (medical, psihologic şi social) ce permite evidenţierea capacităţii performanţiale individuale (în cazul absenţei unor „bariere" ale mediului sau a existenţei unor condiţii care asigură „egalizarea şanselor").

Astfel, ***la persoanele cu deficienţe, aceste afectări determină limitări în activitate*** (dificultăţi cu grade diferite de severitate în realizarea activităţilor cotidiene, de autoservire, şcolare, profesionale etc.) ***şi restricţii în participare*** (în interacţiunea individ – contextul de viaţă, constituit din lumea fizică naturală şi artificială, mediul social, relaţii, roluri, atitudini şi valori, sisteme şi servicii sociale, politici, legi şi reguli etc.).

Astfel de „afectări" structurale şi funcţionale, în majoritatea cazurilor, nesubsumate stării de anormalitate, justifică, dar nu la modul absolut, includerea ***persoanelor cu deficienţe*** la nivelul unei stări de ***„subnormalitate"***, redată fie prin deficienţă, fie prin handicap.

„Strict ştiinţific, deficienţa se referă la afecţiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic, iar handicapul, fără a exclude asemenea destructurări, accentuează consecinţele, dificultăţile de adaptare la mediu şi ia în consideraţie şi stările critice ce apar prin educaţia deficitară, condiţii de mediu ce defavorizează evoluţia normală, perturbările funcţionale sau destructurarea lor, inadaptările, întârzierile, retardurile şi privaţiunea temporară de o funcţie etc" (**E. Verza**, 1995, pag. 5).

Acest concept de „subnormalitate" (ca, de altfel, şi cel de „persoană în dificultate" sau cel de „persoană cu nevoi / cerinţe speciale") are un caracter prea general, imprecis (deoarece include o varietate mult prea mare de manifestări umane) şi o semnificaţie peiorativă (dacă ţinem cont de „normalitatea" persoanelor cu deficienţe care, dacă li se asigură condiţii speciale şi şanse educativ - recuperative, pot performa în multe activităţi).

Ca şi persoanele încadrate în „subnormalitate", cele considerate „supranormale", „supradotate", „precoce", „talentate", „geniale" etc. ocupă o poziţie

privilegiată pe axa normalitate – normalitate, poziție depărtată, în cazul acestora, în sens pozitiv de media statistică.

În general, ***talentul*** este definit ca o capacitate de excepție, un potențial uman care, mai devreme sau mai târziu, se actualizează și are finalitate creativă într-un anumit domeniu sau activitate.

Întrebări tulburătoare și mari provocări științifice generează ***„tulburările din sfera autismului" sau copiii hiperkinetici și cu tulburări ale atenției (ADHD), în egală măsură stări sau ipostaze existențiale greu de diagnosticat,*** de înțeles (destin?... accidente genetice?... ispășiri nedrepte?... ființe circumscrise unei lumi îngustate de propria nerostire?...), dar, oricum, ***stări de dezvoltare pe scala extremelor*** (poate, la nivelul unei ipotetice ***„extreme superior–inferioare"***, dacă aceasta ar putea fi posibilă și reală??!!...).

Procesul dezvoltării normale poate fi marcat, așadar, fie de stagnări, de regrese sau de evoluții heterocronice (neuniformitate în dezvoltarea diferitelor procese și funcții psihice, ca în cazul diferitelor deficiențe), ***fie de progrese și salturi cantitative și mai ales calitative pe planul operativității mentale, a manifestărilor psihocomportamentale și a diferitelor dimensiuni ale personalității*** (ca în cazul persoanelor supradotate).

Cu raportare la ***coeficientul de inteligență (QI), utilizat ca indicator principal pentru redarea diferitelor poziții pe scala extremelor inferior / superior,*** unii autori (Raven, J. C., 1956, Raven, J. C., Court, J. H. & Raven, J., 1988, (1), Gherguț, Alois, 2005, (2) identifică următoarele grade ale dezvoltării intelectuale:

(1)		(2)	
VALOAREA QI	TIPUL INTELIGENȚEI	VALOAREA QI	TIPUL INTELIGENȚEI
Peste 140	extrem de ridicată	140	extrem de ridicată
120 – 140	superioară	120 - 140	Superioară
110 – 119	deasupra nivelului mediu	110 - 119	deasupra nivelului mediu
100 – 109	de nivel mediu (bună)		
90 – 99	de nivel mediu (slabă)	90 - 109	Medie
80 – 89	sub medie	80 - 89	sub medie
70 – 79	de limită	70 - 79	de limită
50-69	deficiență mintală ușoară (debilitate mintală)	50-69	deficiență mintală ușoară (de grad I)
20 – 49	deficiență mintală medie (imbecilitate)	20 - 49	deficiență mintală moderată și severă (de grad II)
0 – 19	deficiență mintală gravă (idioție)	0 - 19	deficiență mintală profundă sau gravă (de grad III)

Tabel nr. 1 – **Niveluri de inteligență**

Din aceste considerente și din multe altele, se impune ***necesitatea evaluării și a unui diagnostic pluridimensional, în scopul abordării normalității sau patologiei „omului total"***, un diagnostic multiaxial, susceptibil să reflecte „o cunoaștere mai atentă, comprehensivă și completă a subiectului și a stării sale" (**J. E. Mezzich**, 1980), adică o abordare biologică, medicală, psihologică, pedagogică, sociologică și psihosocială.

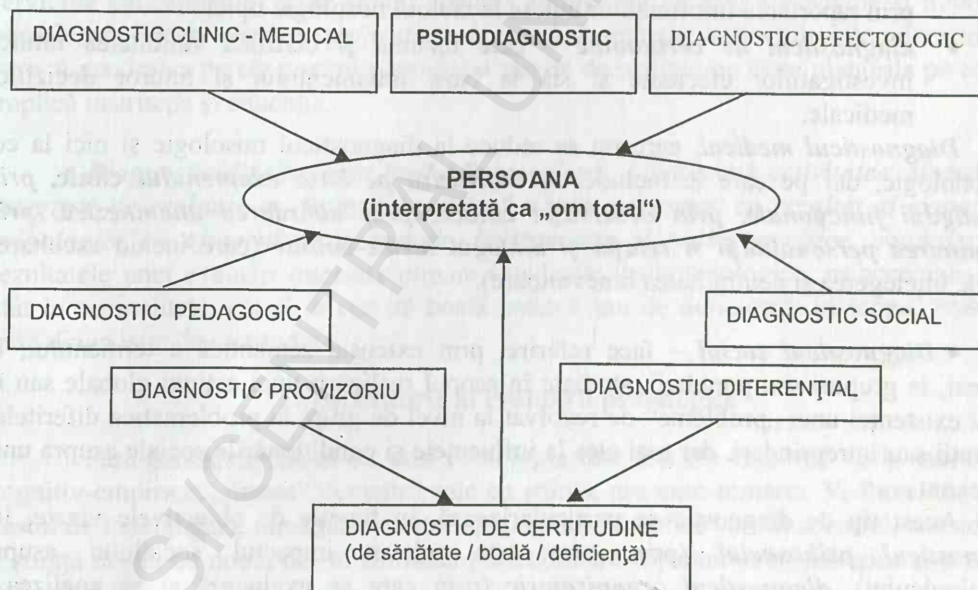
Psihodiagnoza este ramura aplicativă a Psihologiei care realizează autentice „portrete psihice" individuale, tipuri şi tipologii umane.

V. Pavelcu remarca faptul că persoana umană nu poate fi înţeleasă decât ca o existenţă în lume, în unitatea organism-mediu, om-lume şi în acelaşi timp ca fiinţă în devenire, într-o neîncetată echilibrare dinamică şi originală cu mediul şi cu sine.

Folosit iniţial exclusiv în domeniul medical, ***conceptul şi practica diagnostică*** a căpătat, în timp, ***extensie şi utilizare şi în alte domenii, ca proces de evaluare integrativă şi sintetică***, de fundamentare a prognozei, a tratamentului medicamenţos, dar şi a intervenţiilor stimulative, compensatorii, corective, terapeutice, de îmbogăţire intelectuală etc.

Pentru realizarea unor astfel de deziderate, este utilizat tot mai frecvent un ***diagnostic multiaxial***, axele cuprinzând, în genere, fenomenologia, etiologia, evoluţia, prognosticul, acest tip de evaluare depăşind dualismul empiric, somatogen şi psihogen şi ***surprinzând intercondiţionarea multifactorială dintre aspectele somatice, în normalitate sau în situaţie de destructurare organică sau dereglare funcţională şi expresia lor în plan psihic şi psihosocial*** (din aceste motive există mai multe tipuri de diagnostic: clinic, de instrucţie şi educaţie, de orientare şcolară şi profesională, defectologic, etiologic, multidimensional, diferenţial etc.).

În funcţie de domeniul în care se aplică evaluarea, se operează cu mai multe tipuri de diagnostic (aşa cum reiese din schema care urmează).



Schema nr. 2. **Diagnosticul diferenţial al „omului total"**

• ***Diagnosticul clinic – medical*** – este centrat pe tulburarea localizată la un nivel al organismului (leziune sau destructurare organică); patologia psihică se conformează, de asemenea, acestui model patogenic, deoarece trebuie avută în vedere şi organogeneza bolilor psihice (boala psihică având, cu unele excepţii, şi un substrat organic incontestabil).

Diagnosticul medical include :

- ***diagnosticul antropometric*** – realizat pe baza unor măsurători a parametrilor antropometrici (greutate, înălţime, perimetrul toracic, indicii funcţiilor vitale etc.), raportate la etaloanele de vârstă, sex, etape sensibile de dezvoltare, componente genetice, stil de viaţă etc.;
- ***diagnosticul de laborator*** – rezultat din date paraclinice, obţinute pe baza analizelor biochimice;
- ***diagnosticul simptomatologic*** – realizat pe baza unor elemente semiotice şi paraclinice obiective;
- ***diagnosticul sindromatologic*** – care cuprinde date ierarhizate, pe baza cărora se sesizează semnificaţia patologică, prin sinteză şi esenţializare;
- ***diagnosticul nosografic*** – care surprinde apariţia şi evoluţia manifestărilor clinice în ansamblul condiţiilor favorizante;
- ***diagnosticului etiologic*** – care este realizat prin investigarea şi elucidarea factorilor cauzali ai fenomenelor patologice constatate;
- ***diagnosticul patogen*** – care se obţine prin decelarea mecanismelor de acţiune a factorilor etiologici în producerea reacţiilor organismului;
- ***diagnosticul diferenţial*** – care este realizat prin discriminări de fineţe şi de mare specificitate şi care vizează identificarea bolii sau dereglării funcţionale prin raportarea informaţiilor culese la tabloul nosologic tipic;
- ***diagnosticul de certitudine*** – care rezumă şi certifică validitatea tuturor investigaţiilor efectuate şi stă la baza tratamentului şi tuturor deciziilor medicale.

Diagnosticul medical, care nu se reduce la diagnosticul nosologic şi nici la cel personologic, dar pe care le include, ***se realizează pe baza examenului* clinic, *prin investigaţii funcţionale, prin observaţia clinică, prin abordarea anamnezică, prin examinarea personalităţii şi relaţia şi dialogul medic-bolnav*** (care includ ascultarea activă, înţelegerea şi neutralitatea binevoitoare).

• ***Diagnosticul social*** – face referire, prin extensia semantică a termenului, în general, la grupuri sau populaţii, studiate în scopul realizării unei acţiuni globale sau în cazul existenţei unei „probleme" de rezolvat la nivel de grup, la problematica diferitelor instituţii sau întreprinderi, dar mai ales la influenţele şi condiţionările sociale asupra unei persoane.

Acest tip de diagnostic se particularizează, în funcţie de obiectivele vizate, în: ***diagnosticul psihosocial*** (prin care este relevat impactul socialului asupra psihologicului), ***diagnosticul organizatoric*** (prin care se evaluează şi se analizează structurile organizatorice, legăturile ierarhice şi funcţionale, specificul organigramei şi a stilului de conducere etc.), ***diagnosticul juridic*** (care implică investigarea unor aspecte juridico-legale privind activitatea unei instituţii sau grup social), ***diagnosticul resurselor umane*** (care vizează evaluarea caracteristicilor resurselor umane disponibile şi adecvarea potenţialului uman, cantitativ şi calitativ, la obiectivele unei instituţii sau întreprinderi), ***diagnosticul social al performanţei şcolare*** (care constă în evaluarea comprehensivă a aspectelor sociale ale performanţei/ succesului şcolar).

• ***Diagnosticul pedagogic (educaţional)*** – reprezintă o formă complexă de evaluare, de cunoaştere a individualităţii copilului, menită să fundamenteze acţiunea educativă în scopul realizării unei educaţii centrate pe copil şi pe interesele lui în diferite etape de vârstă şi al unei „şcoli a diversităţii", al valorificării aptitudinilor elevilor, al egalizării şanselor educaţionale, al eliminării marginalizării sau excluderii socio – educaţionale, al eşecurilor şcolare.

Diagnosticul educaţional vizează unele obiective fundamentale:

- evaluarea potenţialului de progres şcolar (evoluţie / dezvoltare prin educaţie / învăţare);
- identificarea şi aplicarea tipurilor de învăţare care favorizează progresul şi dezvoltarea armonioasă a personalităţii;
- identificarea nevoilor educative (curriculum individualizat) şi a modului, căilor şi mijloacelor prin care se realizează asistenţa pedagogică şi socială;
- evaluarea duratei, a specificului şi a strategiilor asistenţei psihopedagogice cu scop educativ complementar.

Acest tip de diagnostic educaţional se realizează (mai ales în cazul copiilor cu cerinţe educaţionale speciale) de către Comisia internă de evaluare continuă, formată din profesionişti din educaţie, fiind baza conceperii ***Planului educaţional individualizat / personalizat*** al copilului, care cuprinde şi precizări clare şi detaliate referitoare la serviciile educaţionale şi de suport şcolar / extraşcolar de care are nevoie şi trebuie să beneficieze fiecare copil pe perioada şcolarizării, în funcţie de nevoile sale educaţionale, spre a maximiza pe cât posibil potenţialul său de dezvoltare pe toate planurile pe care le implică instrucţia şi educaţia.

• ***Diagnosticul psihologic (psihodiagnosticul)*** – reprezintă ***activitatea sintetică şi integrată de evaluare a „formulei psihice" a unei persoane, ca rezultat al examinării psihologice cu ajutorul unor metode, instrumente şi probe specifice***, coroborate cu rezultatele unei evaluări interdisciplinare (medicale, psihopatologice, psihosociale etc.), atât în normalitate, cât şi în caz de boală psihică sau de deficienţă, în scopul realizării unui diagnostic de certitudine.

Scurt istoric al evaluării psihologice

Pare paradoxal faptul că, deşi Psihologia este una din cele mai vechi preocupări cognitiv-empirice, „drama" devenirii sale ca ştiinţă, aşa cum remarca **V. Pavelcu**, a fost destul de îndelungată, rămânând mult timp „ancilla filosofiae" şi fiind, astfel, considerată o ştiinţă destul de nouă, dar în continuă perfecţionare teoretico-metodologică şi practic - aplicativă.

Primele „testări" ale abilităţilor mentale se leagă de chinezi, care prin anul 2200 î.Hr., făceau o selecţie deosebită a indivizilor talentaţi, spre a-i putea folosi ca servitori abilitaţi corespunzător la curtea împăratului; de asemenea, în Imperiul Chinez, funcţionarii publici erau evaluaţi în funcţie de unele cunoştinţe speciale (privind Codul Civil, problemele militare, agricultura, veniturile, cunoştinţele de geografie).

În Grecia antică, în procesul educaţional, erau utilizate probe pentru evaluarea deprinderilor intelectuale şi a calităţilor fizice

R. Descartes (1650) a încercat să explice în mod ştiinţific relaţia corp-minte.

În Evul Mediu, în universităţile europene, studenţii erau „testaţi" pentru a promova un an de studiu superior.

Dar, evaluarea autentic ştiinţifică, pe baza testelor, datează din a doua jumătate a secolului trecut, când s-a constituit Psihologia ca ştiinţă şi implicit psihometria.

Din punct de vedere psihologic, diferenţele dintre oameni sunt atât trăsături general-umane, cât şi trăsături psihoindividuale, ambele făcând obiectul ***Psihologiei diferenţiale*** – ramură a Psihologiei aplicate.

Era nevoie, însă, de o „măsură" pentru abordarea cantitativă a fenomenologiei psihice, care s-a găsit la intersecţia dintre Psihologia experimentală şi cerinţele vieţii sociale practice.

În 1732, ***Cr. Wolf a denumit ştiinţa despre om „psihologie"***, iar în 1795, prin constatările făcute la Observatorul astronomic de la Greenwich, referitoare la diferenţele dintre observaţiile astronomice, s-a emis ***ipoteza diferenţelor individuale, relativ constante.***

În a doua jumătate a secolului al XIX-lea, se generalizează ideea de măsură în Psihologia experimentală şi de diagnoză psihică; în 1865, ***Cl. Bernard acreditează rolul metodei experimentale***, prin care pot fi înlăturate speculaţiile non-ştiinţifice.

O contribuţie importantă au adus **E. H. Weber** (1795-1878), **G. Th. Fechner** (1801-1887) şi **H. von Helmholtz** (1821-1894), în Germania, prin măsurarea precisă a fenomenelor psihice, prin conceperea unor tehnici de analiză a reacţiilor şi a unor metode matematice de interpretare a rezultatelor experimentale.

„Actul de naştere" al Psihologiei, ca ştiinţă, a fost realizat prin introducerea metodelor pozitive în studiul fenomenelor psihice, în special, a celei experimentale.

Activitatea psihodiagnostică este dezvoltată de **J. M. Charcot**, la spitalul Salpêtrière din Paris; **Th. Ribot** studiază bolile psihice şi modificările memoriei şi ale personalităţii.

Odată cu ***primul laborator de psihologie***, înfiinţat în 1879 la Leipzig, de către ***W. Wundt***, se creează cadrul experimental-ştiinţific pentru studii cantitative şi pentru primele modele experimentale în Psihologie.

Mai târziu, studiile realizate în laboratoarele de Psihologie experimentală, înfiinţate în multe oraşe ale lumii (la Baltimore – de către **S. Hall**, la Paris – de către **H. E. Baunis**, la Roma – de către **G. Sergi**, la Universitatea Cambridge – de către **John Mc Cattell**, la Iaşi – de către **E. Gruber**), au contribuit la fundamentarea ***Psihologiei experimentale,*** ca ramură aplicativă a Psihologiei.

Treptat, se îmbogăţeşte vocabularul ştiinţific al Psihologiei, care capătă statut de ştiinţă, se dezvoltă psihometria şi psihotehnica, se fac progrese privind dinamica şi funcţionalitatea corticală prin cercetările de neurofiziologie întreprinse de **Pavlov**, iar prin psihanaliza lui S.Freud sunt studiate instanţele aparatului psihic.

Legea Weber-Fechner este pentru prima dată aplicată şi verificată experimental.

În Anglia, **Fr. Galton**, elev al lui Ch. Darwin, înfiinţează un laborator de antropometrie; în cartea sa, „Hereditary Genius" (1869), el formulează ideea distribuţiei după curba lui Gauss a aptitudinilor umane, în funcţie de care pot fi clasificaţi oamenii, iar în articolul „Psychometric Experiments", publicat în revista „Brain", relevă necesitatea

utilizării metodelor cantitative în ştiinţele umane şi introduce termenul ***„psihometrie"***, definită ca „arta de a impune operaţiilor spiritului măsura şi numărul, aşa cum se întâmplă, de exemplu, când se determină timpul de reacţie al persoanelor" (**G. Meuris**, 1985).

Elev al lui Wundt şi Galton, psihologul american *J. Mc Keen Cattell* publică în 1890 articolul „Mental Tests and Measurements" în revista „Mind", în care utilizează, pentru prima dată, termenul ***„test"*** (ca instrument de măsură), definit ca „serie de probe psihologice utilizate pentru a studia diferenţele individuale" şi consacrat ca modalitate viitoare importantă pentru „instruire, viaţa cotidiană sau la indicarea unor boli".

În 1897, **H. Ebbinghaus** elaborează un test, din perspectiva psihometriei aplicate în pedagogie, pentru evaluarea capacităţii mintale a elevilor, iar în 1901, **Ugo Pizzoli** iniţiază testarea în scopul orientării profesionale.

Considerând că, prin majoritatea testelor existente, se evaluau, mai ales, funcţiile psihice inferioare, *A. Binet şi V. Henri* propun şi elaborarea unor teste pentru măsurarea unor „fenomene superioare ale spiritului, precum memoria, atenţia, imaginaţia, orientarea ideilor"; anul 1905 se leagă de apariţia ***primului test de inteligenţă – Scala Metrică a Inteligenţei, elaborată de Binet - Simon*** (publicată în articolul „Méthodes nouvelles pour le diagnostique du niveau intellectuel des anormaux"), devenită ***Scala Stanford – Binet,*** prin aprofundarea, revizuirea şi adecvarea la cultura americană de către **L. Terman** (1916) la Universitatea Stanford; ***această scală este considerată primul test formal de inteligenţă***, care diferenţiază copiii în funcţie de capacitatea lor intelectuală raportată la vârstă (Scalele Stanford-Binet vor fi revizuite, treptat, în anii 1937, 1960, 1986).

L.M. Terman a sugerat şi multiplicarea coeficientului de inteligenţă cu 100 şi ***a propus utilizarea simbolului „IQ" pentru coeficientul de inteligenţă*** (substituit, în timp, cu conceptul de „vârstă mentală" – VM; astfel, în 1912, ***W. Stern propune calcularea coeficientului de inteligenţă (IQ) prin raportarea vârstei mintale la vârsta cronologică***, adică, evaluând nivelul actual de inteligenţă prin diferenţa dintre vârsta reală şi vârsta mentală, spre a prognoza performanţele viitoare ale subiectului).

Tot în anul 1905, N. Vaschide şi H. Pieron, în Franţa, fundamentează tehnicile psihometrice ca metode ale psihologiei experimentale.

În primii ani ai secolului al XX-lea, creşte numărul testelor, mai ales a acelora pentru evaluarea inteligenţei şi a aptitudinilor, precum şi a celor nonverbale (Cuburile Knox, 1914, Scala Pintner-Paterson, 1917 etc).

Teoria bifactorială a inteligenţei („The Theory of two Factors"), elaborată în anul 1914 de **Ch. E. Spearman** în Anglia, pe baza analizei factoriale, a condus la conceperea a numeroase teste de aptitudini, pe baza analizei factoriale şi a analizei de itemi şi a stat la baza unor studii elaborate de **C.L. Burt, Ph. Vernon, G.H. Thomson, L.L.Thurstone.**

În anul 1905, în Elveţia, ***C. G. Jung concepe prima tehnică proiectivă***, inspirată de psihanaliza lui S. Freud, ***„tehnica experimentului asociativ – verbal"*** pentru diagnosticarea complexelor inconştiente, iar în anul 1920, **H. Rorschach** publică „Testul petelor de cerneală", în *Psychodiagnostik*, care deschide orizontul conceperii şi utilizării probelor proiective.

După primul război mondial, testarea devine o „practică de masă" cu cea mai largă răspândire în S.U.A. (pentru selecţia copiilor dotaţi, pentru selecţia şi orientarea

recruţilor) şi în Franţa (pentru orientarea şcolară şi pentru evaluarea vârstei mentale a copilului şi adultului).

În perioada 1920-1940 se înregistrează o dezvoltare majoră a testelor de personalitate şi fondarea, în 1921, a „Psychological Corporation" (**R. Cattell, E. L. Thorndike, R. S. Woodworth**), o primă „firmă" de publicare de teste şi de consultanţă.

În anii '60, s-a dezvoltat ***noul tip de evaluare comportamentală***, ca reacţie la psihometria excesivă şi la rigurozitatea calităţilor metrologice, centrată, mai ales, pe predicţia reacţiilor comportamentamentale pe baza celor motorii şi verbale şi pe circumstanţele în care acestea devin manifeste, renunţându-se la interpretarea exclusivă a rezultatelor la teste.

Au apărut, treptat şi ***chestionare multidimensionale de personalitate***, ca de exemplu, „Minnesota Mulitphasic Personality Inventory" (MMPI) sau „California Ppsychological Inventory" (CPI).

În perioada 1980-1990, **P. T. Costa** şi **R. R. McCrae** au creat Chestionarul de Personalitate NEO, pe baza Modelului „Big five" al personalităţii, care evaluează neuroticismul, extraversia, caracterul deschis, agreabilitatea şi conştiinciozitatea.

În anii sfârşitului de secol, au evoluat mult atât metodologia construirii şi aplicării testelor psihologice, cât şi concepţia asupra psihodiagnozei, în sensul evaluării formative; astfel, în măsurarea personalităţii s-a trecut de la modelele uni şi bi-dimensionale la modele factoriale circumplexe cu trei sau mai multe dimensiuni.

Pe plan internaţional (mai restrâns în România), se construiesc noi instrumente de testare pentru arii aplicative precum diagnoza formativă, psihologia clinică, psihologia comportamentului sau psihologia ecologică.

Se vorbeşte şi se utilizează, astfel, tot mai mult, în ştiinţa actuală, examinarea psihologică asistată de computer.

În România, s-au remarcat psihologi ca **C. Rădulescu Motru, F.Ştefănescu Goangă, Al. Roşca, N. Mărgineanu, L. M. Nestor, C. Bontilă, M. Bejat, T. Herseni** etc.

În România, primul laborator de psihologie a funcţionat la Iaşi, în 1893, sub conducerea lui Ed. Gruber, care a ţinut şi primul curs de Psihologie experimentală.

În ultimul deceniu al secolului al XIX – lea, au apărut, mai ales, lucrări de cercetare în limba română sau în limbi străine, dar şi lucrări relevante pentru spiritul novator european în domeniul experimental.

În anul 1906, se înfiinţează primul laborator de Psihologie experimentală la Universitatea din Bucureşti.

În perioada interbelică, psihodiagnoza se dezvoltă ca o latură aplicativă în armată, poştă, instituţiile juridice şi de reeducare, în sănătate şi educaţia specială, dar şi în educaţia diferenţiată orientată spre performanţă, remarcându-se cercetători şi practicieni importanţi precum: **N. Mărgineanu, D. Tudoran, Al. Roşca, M. Beniuc, Gh. Zapan, G. Bontilă, I. Nestor**.

Perioada de după cel de al II-lea război mondial este una de stagnare şi chiar regres pe planul psihodiagnozei.

Ca latură aplicativă importantă, în România, psihodiagnoza va fi revigorată după ce Psihologia îşi va recăpăta locul în rândul ştiinţelor socio –umane, adică după Revoluţia din decembrie 1989 şi în prezent.

Definirea, scopul, obiectivele şi caracteristicile psihodiagnozei

Atât în analiza şi interpretarea stării de sănătate, cât şi a celei de boală, de deficienţă sau de dezvoltare supranormală, apar o serie de aspecte specifice, motiv pentru care este necesară diagnosticarea lor corectă şi comprehensivă şi identificarea imediată a consecinţelor în fiecare domeniu al normalităţii, al supranormalităţii, în domeniul clinic sau în domeniul special.

„Diagnoza" (gr. diagignoskein: dia – prin şi gnosis – cunoaştere) înseamnă „cunoaştere prin", putându-se aplica fie realităţii clinice normale, fie realităţii în situaţie de boală, fiind „certificat" prin analiza clinică a simptomatologiei şi a manifestărilor, dar, mai ales, prin confirmare practică, adică prin schimbările adaptative benefice sau prin cele performanţiale, emoţionale sau atitudinale evidente.

Termenul „psihodiagnoză" (în limba greacă diagnostikos – apt de a cunoaşte) provine din cuvintele „diagnosis" (decizie, judecată, evaluare) şi „psyché" (suflet, psihic), însemnând, astfel, ***„evaluare psihologică"***, realizată printr-un ansamblu de metode şi probe specifice Psihologiei sau adaptate din alte ştiinţe interdisciplinare.

Noţiunea de „psihodiagnostic" a fost lansată la Şcoala de la Freiburg, desemnând iniţial un mijloc de explorare a personalităţii, iar mai târziu reprezentând „portretul" descriptiv individual şi specific al unui caz particular, diferit de orice interpretare clinic-medicală, psihopatologică sau nosografică.

Termenii „psihodiagnoză" şi „psihodiagnostic", deşi relativ asemănători etimologic, se diferenţiază semantic, primul făcând referire, mai ales, la procesul de evaluare psihologică, iar cel de-al doilea, la rezultatul evaluării.

În sens larg, evaluarea prin tehnica psihodiagnostică înseamnă evidenţierea diferenţelor interindividuale cu ajutorul probelor psihometrice (al testelor); dar, deşi în psihodiagnoză, ca proces de evaluare, utilizarea testelor are un loc bine definit şi important, examinarea psihologică trebuie să excludă „testomania", uzând, nu numai de teste, ci de tot arsenalul de metode şi probe psihologice adecvate.

În sens restrâns şi specializat, psihodiagnoza presupune o analiză sintetică, logică şi comprehensivă a procesualităţii psihice şi a personalităţii, pe baza unor informaţii, tehnici şi probe psihologice, care se finalizează prin realizarea unor profile psihologice, ce sunt înscrise în Fişe de observaţie, Protocoale de examinare, Fişe psihopedagogice etc.

Prin psihodiagnoză sunt identificate aspectele particulare ale unei persoane în raport cu anumite cerinţe externe şi interne, trăsăturile psihice fiind evidenţiate prin faptele de conduită, saturate în conţinuturi psihice interne.

În funcţie de obiectivele urmărite, ***prin psihodiagnoză***, concretizată într-un examen psihologic realizat prin metode şi probe psihologice, ***sunt evaluate nivelul de dezvoltare al unor procese, activităţi, funcţii şi însuşiri psihice, gradul lor de regres sau deteriorare, pe de-o parte, sau gradul lor de avans, pe de altă parte (prin raportare la***

reperele vârstei cronologice), precum şi rezervele compensatorii de care dispune persoana pentru contracararea posibilelor deficite.

Scopul general al psihodiagnozei constă în obţinerea unor informaţii reale şi valide despre structura, funcţionalitatea şi dinamica procesualităţii psihice şi a personalităţii, în contextul unei situaţii şi relaţii sociale.

Scopul activităţii psihodiagnostice vizează :

- ***aspecte gnoseologice*** – în sensul că obiectivul fundamental al psihodiagnozei este cunoaşterea şi relevarea riguros-ştiinţifică a caracteristicilor psihice ale persoanei, prin „multă ştiinţă şi multă artă";
- ***aspecte praxiologice*** – de ordin practic-aplicativ, activitatea psihodiagnostică fiind planificată, dirijată de un scop, metodică, sistematică, obiectivă, presupunând îmbinarea teoriei cu metodologia şi cu practica, ajungându-se astfel la rezultatul cunoaşterii psihologice.

Obiectivele generale ale evaluării psihodiagnostice vizează:

- evaluarea procesualităţii psihice şi a personalităţii în starea de normalitate / subnormalitate / supranormalitate / anormalitate şi realizarea „imaginii" unei persoane în scopul autocunoaşterii, al intercunoaşterii, al consolidării imaginii de sine sau al dezvoltării personale;
- identificarea cauzelor unor fenomene, abateri comportamentale, tulburări ale personalităţii cu impact negativ asupra individului şi a grupului;
- expertizarea anumitor atribute psihice în anumite situaţii speciale, în serviciul unor instituţii (justiţie, management etc.), referitoare, mai ales, la gradul de discernământ, la potenţialul de risc, la iminenţa unor accidente, la calităţile de lider etc.;
- realizarea bazei pentru anumite decizii referitoare la funcţionalitatea normală sau dereglată a relaţiei unei persoane cu mediul de inserţie / integrare;
- realizarea cadrului pentru conceperea / verificarea unor ipoteze, teorii, instrumente şi metode alternative, concurente sau complementare;
- utilizarea rezultatelor evaluării în diferite etape ale cercetărilor fundamental teoretice sau a celor aplicative;
- realizarea bazei ştiinţifice orientative pentru o serie de activităţi (realizarea de programe de învăţare individualizate, luarea de decizii în domeniul muncii, consilierea şcolară, profesională, vocaţională, psihoterapia, realizarea de programe pentru stimularea / valorizarea aptitudinală etc.).

Acceptată şi acreditată ca tip special de diagnostic de către cea mai mare parte a specialiştilor din domeniul ştiinţelor socio-umane, ***psihodiagnoza a cunoscut o evoluţie permanentă în sensul completitudinii, extensiei utilizării şi probării valorii sale reale, iniţial ca analiză a simptomelor psihice ale unei boli mentale, iar mai târziu ca identificare de sinteză a specificului psihic al persoanei investigate (tabloul psihic),*** compus din: procese, funcţii, activităţi, trăsături, relaţii intrapsihice, organizări ierarhice,

interdependenţe şi intercondiţionări, compensări şi autocompensări, determinisme ale aspectelor somatice endogene, ale vârstei, ale mediului psihosocial, ale status - ului social, ale profesiei etc.

Tabloul psihic, realizat prin psihodiagnoză, include atât aspecte psihoindividuale prezente, corespunzătoare sau nu caracteristicilor de vârstă, cât şi aspecte referitoare la posibila evoluţie, dinamismul reprezentînd una din caracteristicile definitorii ale sistemului psihic uman, psihodiagnoza contribuind asfel la prognoză, mai ales dacă vizează şi „zona proximei dezvoltări" (L. S. Vîgotski).

În societatea actuală, ***psihodiagnoza*** este tot mai mult implicată în ***domeniul educaţional*** (psihodiagnoza de instruire, educaţie, orientare), în ***domeniul medical***, în ***domeniul vieţii de familie*** (psihodiagnoza de cuplu marital şi de familie), în ***domeniul vieţii personale*** (psihodiagnoza individuală), în ***domeniul muncii*** (psihodiagnoza profesională), în ***domeniul prognozei*** (psihodiagnoza predictivă).

Reguli generale privind psihodiagnoza şi atitudini ale subiectului în situaţia de evaluare

Corectitudinea analizei în diagnoza psihică depinde de tehnicile de investigaţie, de coroborarea tuturor informaţiilor referitoare la subiectul evaluat şi de modul în care deontologia profesională este aplicată în fapt.

În realizarea psihodiagnozei, trebuie să se ţină cont de o serie de ***reguli generale***:

- ***reguli referitoare la caracteristicile de conţinut ale activităţii psihice investigate prin psihodiagnoză:***
    - ***raportarea permanentă la standardele de normalitate***, determinate prin reperele psihogenetice şi psihodinamice care caracterizează vârsta (etapa) de dezvoltare într-o sferă sau alta a activităţii psihice;
    - luarea în consideraţie a unor ***fenomene caracteristice*** care pot influenţa profilul psihic al vârstei:
        - ***perioadele sensibile de dezvoltare fizică, psihică şi psihosocială***, nuanţate în funcţie de sex, de vârstă, de tipologie, în general;
        - ***nişele de dezvoltare;***
        - ***capacităţile sau deprinderile cu rol de suplinire a unei „lipse" sau „diferenţe"*** (de exemplu, imperfecţiunile somatognoziei pot fi „suplinite" prin dexteritatea manuală deosebită);
        - ***fenomenul compensării sau autocompensării*** unor limite determinate de o deficienţă: ***compensare intramodală*** – prin organul pereche, ***compensare intermodală*** – prin simţurile antrenate compensator, ***compensare prin procesele psihice superioare;***
        - ***contextul social*** favorabil/nefavorabil, stimulativ/inhibitor, pozitiv/ negativ;
        - ***trăsăturile pregnante de personalitate şi manifestările de genul*** : ***ipohondrie*** („bolnavul închipuit", cum ar spune J. B.P.

Molière), ***somatizare*** (unele persoane, cu trăsături de personalitate accentuate sau cu tulburări / decompensări / dezordini ale personalităţii, trăiesc în plan psihic unele simptome organice remise parţial sau chiar total, ca de exemplu durerea fizică din „sindromul membrului fantomă"), ***iatrogenie*** (bolnavul adaugă alte simptome determinate de tratament, ca de exemplu iatrogenia de comunicare) etc.

- luarea în consideraţie a ***diagnosticului diferenţial*** (mai ales, în anumite cazuri mai greu de diagnosticat: intelectul liminar, pseudodebilitatea, personalitatea accentuată, personalităţile - limită din punct de vedere caracterial etc.);
- ***interpretarea precaută a cazurilor conform mediei statistice***, evaluate pe baza curbei (clopotului) lui Gauss, mai ales referitor la extremele acesteia (sub sau supranormalitate), cu cea mai mare receptivitate la influenţele ce se exercită asupra lor;
- ***interpretarea atentă a relaţiei dintre trăsăturile psihice şi de personalitate şi expresivitatea lor comportamentală şi în conduită***, care se particularizează în funcţie de contextul situaţional.

- ***reguli referitoare la cunoaşterea condiţiilor care pot favoriza „dereglarea" psihică de la normalitate:***

- trebuie să se ţină seama, mai ales în cazul copiilor, de ***mediul familial*** (dezorganizat, superautoritar, carenţat afectiv şi educaţional / moral), precum şi de ***stabilitatea influenţelor pozitive, dar mai ales negative asupra personalităţii***;
- luarea în consideraţie a ***evenimentelor marcante de viaţă*** (regimul educaţional de tipul unui „laissez-faire" extrem, schimbările repetate ale profesiei, retragerea din profesie, schimbările de status şi de rol social, evenimente cu impact dramatic de genul decesului, divorţului etc. sau cu consecinţe pozitive accentuate de genul premierilor, avansărilor, naşterii unui copil etc.);
- luarea în consideraţie a ***condiţiilor ambientale*** (standard economic, condiţii materiale ale habitatului, contextul şi climatul de viaţă intrafamilial, intraprofesional, social) sau a unor ***stări personale*** (fenomenul oboselii, al supra sau subsolicitării, stressul pasivităţii sau al lipsei de activitate, stressul inutilităţii determinat de falsul „dolce far niente", insatisfacţia personală etc.);
- testarea trebuie realizată prin ***intervenţia minimum necesară a psihodiagnosticianului*** (instructaj, condiţii, timpul afectat, explicaţii succinte etc.;
- înţelegerea ***caracterului limitat în timp al psihodiagnozei*** (mai ales la copii sau în cazul unor factori circumstanţiali, episodici, care acţionează asupra personalităţii adultului).

- ***reguli referitoare la limitele psihodiagnozei***, ca activitate specializată de evaluare:
    - psihodiagnoza şi mai ales evaluarea personalităţii este limitată dacă nu se ţine cont de toţi factorii care pot avea impact asupra subiectului evaluat, fiind nevoie de ***coroborarea tuturor informaţiilor spre a asigura caracterul de complexitate şi multideterminare a diagnozei psihice***
    - psihodiagnoza este limitată în timp de însuşi ***caracterul limitat al probelor psihologice sau de incorectitudinea aplicării lor***

Situaţia de testare / evaluare reprezintă o situaţie deosebită, mai mult sau mai puţin creată artificial, care presupune scopuri şi finalităţi puţin sau deloc cunoscute de către subiect ; de aceea, conduita lui poate fi modificată de mecanismele defensive, de apărare a eului sau de tendinţele de mascare a unor trăsături sau simptome, toate acestea determinând structurări deformate ale rezultatelor.

Dintre posibilele ***atitudini ale subiectului în faţa testării*** se remarcă:

- *efectul de faţadă* – tendinţa subiectului de a se prezenta în mod frecvent într-o altă postură sau ipostază, favorabile şi diferite de cele care-i sunt caracteristice;

- *efectul de bună reputaţie* – tendinţa subiectului de a da toate răspunsurile pozitive, considerând că acestea ar fi cele dezirabile, care i-ar crea o bună reputaţie;

- *efectul de originalitate* – când subiectul dă în mod deliberat răspunsuri şocante, extravagante, ieşite din comun, care atrag atenţia asupra originalităţii lui, reale sau imaginate;

- *efectul de frondă* – când frecvenţa răspunsurilor negative sau ambigui, neclare, la întâmplare, denotă opoziţia subiectului faţă de testare sau faţă de psihodiagnostician;

- *efectul de convenienţă* – când subiectul dă răspunsuri pe care le consideră concordante cu expectaţiile experimentatorului

- *efectul de exagerare / minimalizare a răspunsurilor* – în scopul mascării trăsăturilor, manifestărilor, atitudinilor sau sentimentelor sale reale.

Tipuri de psihodiagnostic

În funcţie de domeniul şi obiectivele particulare pe care le vizează, există mai multe *tipuri de psihodiagnostic*:

- *Psihodiagnosticul propriu-zis* – care reprezintă rezultatul evaluării individuale a fiecărui proces sau funcţie psihică, atât în normalitate, cât şi în stările

modificate ale acesteia, pe baza lui realizându-se profilul de ansamblu al procesualităţii psihice, fie în condiţii naturale, fie în condiţii speciale create experimental.

Rezultatele psihodiagnosticului depind de calitatea intrinsecă a probelor şi tehnicilor utilizate, de pregătirea teoretică şi practică a psihodiagnosticianului, de pertinenţa interpretării calitativ - psihologice, de etica şi deontologia profesiei.

Psihodiagnosticul complex, ca proces de evaluare, se fundamentează pe informaţiile obţinute prin utilizarea mai multor metode şi probe psihologice, aplicate / repetate, uneori, în contexte diferite, în scopul cunoaşterii şi evaluării persoanei concrete, a diferitelor sale caracteristici psihice de natură cognitivă, conativă şi atitudinală, precum şi a personalităţii în ansamblul ei, a nivelului lor de dezvoltare, a gradului lor de declin sau deteriorare, precum şi a rezervelor autocompensatorii de care dispune persoana pentru atenuarea / eliminarea eventualelor deficite.

- ***Psihodiagnosticul etiologic*** – se determină pentru a susţine veridicitatea taxonomiei nosografice şi sistemul diagnostic în ansamblul lui, prin argumente etiologice, care, mai ales, în domeniul medical şi al psihologiei aplicate, reprezintă baza pentru orientările terapeutice şi pentru prezumţiile prognostice.

Psihodiagnoza centrată pe etiologie, cu referire la procesualitatea psihică, dar mai ales cu referire la personalitate, ***trebuie să identifice***:

- ***factorii endogeni (congenitali / ereditari)*** – fie ca ***factori predispozanţi*** spre un anumit tip de personalitate (îndeosebi în cazul tulburărilor de personalitate), fie ca ***factori fragilizanţi*** (care determină un eu slab, fragil, ca nucleu al personalităţii);
- ***factori prenatali sau perinatali*** (infecţii, boli venerice, imaturitatea la naştere, traumele în timpul travaliului etc., care pot produce un teren biologic precar, cu reflexe în planul psihic şi al personalităţii);
- ***factori exogeni*** – de natură fizică, psihică sau psihosocială (agenţi fizici, surmenaj psihic şi intelectual, traume emoţionale, stări de nesiguranţă prelungite, carenţe afective, conflictualitate, separaţia de familie, greşeli educaţionale, evenimente pregnante de viaţă etc.).

- ***Diagnosticul personologic (socio-dinamic)*** – reprezintă rezultatul activităţii de evaluare a personalităţii, ca ansamblu integrat şi dinamic de trăsături şi de factori endogeni şi exogeni care o condiţionează şi o influenţează în mod pozitiv sau negativ; acest tip de diagnostic constituie una din axele importante ale evaluării, trăsăturile de personalitate, manifestările şi trăirile subiective, trebuinţele, interesele, aspectele patologice etc influenţând în mare măsură rezultatele psihodiagnozei.

Cu referire la ***cadrul strict al diagnozei personalităţii,*** obiectivul fundamental constă în surprinderea diferenţelor individuale, în limitele normalităţii şi patologiei acesteia, ca bază pentru tipologizarea ei.

În general, evaluarea şi validarea stării de „sănătate“ sau de „boală“ a personalităţii se realizează prin două tipuri de abordări :

- ***abordarea idiografică*** – centrată pe informaţiile despre individul concret (care prezintă o condiţie clinică de normalitate sau de boală), pe baza cărora

se elaborează diagnosticul, conform principiului lui Hyppocrate („nu există boli, ci doar bolnavi"), adică după criterii de vârstă, sex, dispoziţii înăscute, trăsături psihoindividuale, drum de viaţă şi reacţii la evenimente marcante, adaptări profesionale sau maritale etc.; evaluarea este deductivă, iar metodele şi probele sunt adecvate sau nu, în funcţie de modul în care variază scorurile între indivizi;

- ***abordarea nomotetică*** – centrată pe influenţa socială a grupului de apartenenţă asupra personalităţii individului, pe factorii determinanţi sociocultural, care particularizează şi modul de interpretare a stării de sănătate sau boală; evaluarea este inductivă, centrată pe comportamentul specific al individului, adecvarea sau neadecvarea probelor fiind realizată pe baza modului în care variază scorurile la acelaşi individ, în funcţie de schimbările produse în comportamentul său şi nu de imprecizia probei.

- ***Diagnosticul axiologic/psihomoral*** – este rezultatul evaluării aspectelor importante legate de scara valorică a subiectului, de dimensiunea morală a personalităţii sale, de concepţia generală de viaţă, de idealuri, de stima de sine şi de altul, de credinţa religioasă, de modelele de viaţă etc.

- ***Diagnosticul de consiliere şi orientare şcolară şi profesională*** – se realizează în scopul evaluării atât a particularităţilor psihice şi de personalitate, cât şi a eventualelor „nevoi speciale" pentru ca orientarea şcolară şi profesională să fie concordantă atât cu opţiunile personale ale elevului / absolventului / adultului consiliat, cât şi cu solicitările şcolare sau profesionale, pe de-o parte, iar pe de altă parte cu nevoile şi exigenţele pieţei muncii.

O atenţie deosebită trebuie acordată ***evaluării pentru consilierea elevilor / adulţilor defavorizaţi sau marginalizaţi social***, din anumite medii cu potenţial socio-economic scăzut, în care există o ofertă scăzută şi slab diversificată de şcoli, de calificări profesionale şi de ocupaţii, de multe ori, chiar şi acestea, necunoscute.

De asemenea, este, pe cât de importantă, pe atât de dificilă şi delicată, ***evaluarea pentru consilierea şi orientarea şcolară şi profesională a copiilor şi tinerilor cu cerinţe educative speciale (CES).***

- ***Diagnosticul defectologic*** – se realizează în scopul evaluării copiilor / persoanelor cu diferite deficienţe / handicapuri / dificultăţi de învăţare şi a impactului acestora asupra proceselor, funcţiilor, însuşirilor psihice şi asupra personalităţii lor.

Una dintre cerinţele importante ale educaţiei speciale şi / sau integrate constă în ***evaluarea complexă a copiilor şi adolescenţilor cu „cerinţe educaţionale speciale"***, care întâmpină dificultăţi de adaptare la mediul familial, şcolar, socio-profesional.

Diagnosticul trebuie să fie funcţional, să releve consecinţele deficienţei asupra planului adaptativ educaţional şi / sau şcolar, să identifice dificultăţile întâmpinate, să stabilească cerinţele speciale şi să ofere soluţii educative adecvate şi personalizate, în scopul preîntâmpinării / reducerii dezavantajului social.

Evaluarea se face şi în scopul susţinerii dezvoltării personale, a adaptării şi integrării şcolare şi socio-profesionale în contextul consecinţelor deficienţelor pe plan fizic, psihic, social, moral, fiind *adaptată fiecărui tip de „problemă specială"*.

Evaluarea complexă a copilului / persoanei adulte cu CES, are ca scop fundamental optimizarea adaptării şi integrării şcolare (mai ales în contextul integrării şi al şcolii incluzive), familiale, profesionale, sociale, prin cunoaşterea şi, pe baza acesteia, prin atenuarea, compensarea sau eliminarea consecinţelor unei deficienţe sau a deficienţelor asociate şi prin reducerea riscului handicapului, interpretat ca dezavantaj social al copilului sau persoanei care prezintă deficienţe senzoriale, fizice sau intelectuale ce antrenează incapacităţi sau limitări în învăţare sau în funcţionarea sa normală în relaţie cu mediul.

Psihodiagnoza include şi recomandări privind intervenţiile educaţional-terapeutice şi recuperativ-compensatorii, privind programele de învăţare personalizate (sprijin / învăţare dirijată / adaptarea sarcinilor şcolare etc.), privind unele măsuri de protecţie specială tranzitorie sau permanentă, privind serviciile socio – educaţionale şi medicale.

Evaluarea complexă se realizează şi în scopul susţinerii dezvoltării personale, a adaptării şi integrării şcolare şi socio-profesionale în contextul consecinţelor deficienţelor pe plan fizic, psihic, social, moral, integrând şi evaluările referitoare la incapacităţile şi limitările organice şi funcţionale şi la dezavantajele specifice (fizice, psihice, sociale şi / sau economice).

O abordare deosebită suscită ***diagnoza copiilor şi persoanelor supradotate, care se situează la extrema superioară a axei existenţial-umane, a „supranormalităţii";*** supradotarea este o manifestare umană deosebită care include excepţionalitatea, o fericită sinteză între aptitudini, atitudini şi trăsături de personalitate, actualizate de factori de mediu socio-cultural stimulativi.

Trebuie remarcată necesitatea depistării precoce a potenţialităţilor creative şi a aptitudinilor speciale ale copiilor, spre a putea fi stimulate şi educate cât mai de timpuriu posibil.

În evaluare, în toate formele ei de realizare, se operează cu diagnosticul provizoriu, cu diagnosticul diferenţial şi cu diagnosticul de certitudine şi, pe baza tuturor tipurilor de diagnostic, cu diagnosticul formativ-dinamic.

Diagnosticul provizoriu reprezintă o sinteză ipotetică a aspectelor şi presupunerilor care par pregnante şi caracteristice şi care joacă un rol important în identificarea ulterioară a aspectelor complexe mai greu de observat şi surprins empiric şi în orientarea demersurilor diagnostice propriu-zise.

Diagnosticul diferenţial (funcţional, progresiv, multifazic) este necesar pentru surprinderea aspectelor de fineţe, nuanţate, diferenţiatoare, între aspectele / simptomele / manifestările quasi-asemănătoare sau între tablourile clinice, fenomenologice şi psihice care sunt comune mai multor categorii nosologice sau mai multor deficienţe.

Diagnosticul de certitudine nu este numai rezultatul investigaţiei psihologice, ci a coroborării rezultatelor unei evaluări interdisciplinare (medicale, psihopatologice, psihosociale, etilogice etc.).

Spre deosebire de psihometria tradiţională, care este statică şi constatativă, finalizată printr-o performanţă (de multe ori, redată în termeni cantitativi) sau printr-un

Q.I. global (expresie matematică a procesării cognitive a informaţiei conţinute în probe), centrată pe produsul final (adică pe rezultat şi nu pe procesul discursiv, multifazic, individualizat în funcţie de o serie de factori endogeni şi exogeni), ***diagnoza modernă actuală, mult mai eficientă, este dinamică şi formativă***, individualizată în privinţa mecanismelor psihice implicate în procesul rezolutiv al probei, precum şi al potenţialului de învăţare/activitate, care poate fi actualizat şi valorificat şi care poate conduce spre optimizarea performanţelor şi spre transferul achiziţiilor obţinute şi operaţionalizate.

Diagnosticul dinamic devine şi formativ, deoarece generează modificări pe planul operativităţii gândirii şi pe planul celorlalte procese psihice, antrenate în sensul valorificării reale a „zonei proximei dezvoltări", în scopul ameliorării sau optimizării performanţelor, inclusiv prin experimentarea competenţei şi potenţialului de învăţare şi prin exersarea proceselor psihice.

Este evidentă complexitatea şi varietatea umană încadrată pe axa extremelor, între inferior şi superior, precum şi diversitatea modurilor de evaluare, realizate, în cea mai mare parte în intercorelare, spre a putea obţine un profil cât mai complex, comprehensiv şi real al „omului total", cuprins între coordonatele existenţei proprii şi a celorlalţi membri ai societăţii, cu care interacţionează şi comunică, în, practic, inepuizabilele circumstanţe de viaţă şi activitate.

Dar, indiferent de tipul evaluării, psihologul practician trebuie să respecte nu numai normele „de bun simţ", ci şi rigorile deontologiei profesionale.

Deontologia profesiei de diagnostician (conform Cadrului deontologic al Asociaţiei Internaţionale a Psihologilor Practicieni) impune :

- responsabilizarea socială prin probitatea, obiectivitatea şi corectitudinea rezultatelor;
- respectarea eticii profesionale, a corectitudinii şi onestităţii în testarea şi în interpretarea rezultatelor;
- acceptarea caracterului relativ al rezultatelor psihodiagnozei;
- păstrarea secretului profesional, spre a evita o evenutală lipsă de apreciere a subiectului în grup sau faţă de sine însuşi;
- respectul faţă de subiect;
- evitarea diagnosticării individualizate / partajate / pe proces sau pe criteriu, care nu evaluează ansamblul personalităţii, ci doar dimensiuni separate ale acesteia;
- excluderea exercitării influenţei asupra subiectului, a inducerii răspunsurilor, a unor atitudini sau a unor opinii;
- independenţa profesională, dar şi colaborare în limitele profesiei sau cooperare interdisciplinară în echipe de evaluare complexă;
- necesitatea de a contribui la dezvoltarea teoriilor ştiinţifice şi la inovarea tehnicilor psihodiagnostice;
- utilizarea testelor psihologice doar în contextul fundamentat al teoriilor psihologice, personologice sau psihosociale corespunzătoare;
- utilizarea unui sistem conceptual, ştiinţific şi integrat, pe baza căruia se explică modul de funcţionare, dezvoltare, adaptare şi integrare a

informaţiilor, recomandărilor, instructajului probei etc., spre a exclude diletantismul profesional.

Metode şi probe utilizate în psihodiagnoză

Investigarea proceselor, fenomenelor, însuşirilor, funcţiilor psihice trebuie realizată cu ajutorul unei metodologii adecvate de investigaţie şi de interpretare (sub aspectul conţinutului metodelor, instrumentelor şi probelor psihologice folosite, a condiţiilor de aplicare, a timpului afectat, a perspectivei analitice sau sintetice de interpretare, a relaţiei stabilite cu subiectul etc.); ***alegerea metodei / probei adecvate (observaţia, convorbirea, anamneza, metoda biografică, analiza produselor activităţii, interviul, chestionarele, testele, probele proiective, scalele de dezvoltare şi evaluare etc.) se face în funcţie de: fenomenul studiat*** (fiecare proces / funcţie psihică având conţinut şi manifestare specifice), ***de vârsta / capacitatea de înţelegere / execuţie a subiectului*** (corespunzătoare stadiului de dezvoltare), ***de obiectivul pentru care*** se ***face evaluarea psihologică*** (autocunoaştere, selecţie profesională, recuperare etc.).

Evaluarea psihodiagnostică se realizează cu ajutorul unor metode, instrumente şi, mai ales, probe, unele dintre ele fiind specifice acestui domeniu aplicativ al Psihologiei, iar altele fiind împrumutate din alte ştiinţe interdisciplinare şi adaptate scopurilor psihodiagnozei.

Caracterul ştiinţific al psihodiagnozei şi autenticitatea rezultatelor nu se pot obţine decât prin ***respectarea rigorilor ştiinţifice în utilizarea metodologiei***, prin interpretarea calitativă, bazată pe relaţionarea complexă şi unitară a rezultatelor la întreg arsenalul de probe aplicate, precum şi pe surprinderea a ceea ce este esenţial şi specific subiectului evaluat (specificitatea proceselor psihice, trăsăturile de personalitate evidente, stabile şi expresive, invarianţii psihocomportamentali, sistemul atitudinal manifest etc.).

În selecţia şi aplicarea probelor, şi, mai ales, în interpretarea rezultatelor, este nevoie nu numai de rigoare şi obiectivitate, ci şi de o viziune sintetică, de imaginaţie şi dăruire profesională.

Metodele şi probele utilizate se individualizează în funcţie de scop (pentru evaluarea psihosomatică, pentru evaluarea proceselor cognitive, pentru evaluarea aptitudinilor, a afectivităţii, pentru evaluarea dimensiunilor personalităţii etc.).

Din motive de spaţiu editorial, prezentarea detaliată a clasificării metodelor şi probelor psihologice, utilizate în evaluare, va face obiectul unei prezentări viitoare; spre ştiinţă, prezentăm în continuare probele recomandate în ***„Metodologia pentru utilizarea setului de instrumente de expertizare şi evaluare a copiilor / elevilor, în vederea orientării şcolare a acestora“*** (Hotărârea Guvernului României nr. 218 din 7 martie 2002, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 204 din 26.03.2002, art.11), cu menţiunea că acest set este incomplet, se referă, mai ales, la copiii cu nevoi speciale de instrucţie şi educaţie şi că s-au impus unele corecturi.

SCOPUL EVALUĂRII	*TESTE PROPUSE PENTRU EVALUARE*
1. Evaluarea nivelului intelectual *A. Teste de inteligenţă generală*	a.Matricele Progresive Colorate Raven b.Matricele Progresive Standard Raven c.Testul Dearborn d. Fraze absurde e. Proba,, Ce s-a schimbat?(1) f. Proba,, Ce s-a schimbat?(2)
B. *Teste de inteligenţă globală*	a. W.P.P.S.I - Scara Wechsler-Bellvue b. WISC - Scara Wechsler-Bellvue c. WAIS-Scara Wechsler-Bellvue d. Proba Kaufman (inteligenţă globală şi stiluri cognitive) e.Testul Binet-Simon (de reetalonat) f. Noua Scara Metrică a inteligenţei (N.E.M.I. - R.Zazzo şi colaboratorii) g.Cluburile Kohs pentru adulţi (Goldstein) h.Cuburile Kohs pentru copii (H. Santucci) i. Testul cărămizilor(Bateria Mc. Quarrie) j. Testul Columbia
C. Teste de inteligenţă specifică	a. Probe de inteligenţă pentru desen b.Testul Goodenough (Omuleţul)
2. Probe de evaluare a funcţiei perceptiv-motorii	a. Proba Santucci (4-6 ani) b. Proba Bender-Santucci (7-11 ani) – etalonată de T. Kulcsar
3. Probe de evaluare a capacităţii de orientare şi structurare spaţială	a. Proba Kohs-Goldstein (adaptată de Santucci şi etalonată de V. Preda)
4. Probe de evaluare a capacităţii de discriminare a identicului de simetric în structurile grafice	a. REVERSAL b. Ce se vede în imaginile Rorschach? c. Proba Domino
5. Evaluarea motricităţii şi a psihomotricităţii	a. Proba Ozeretski-Guillmain b. Scara de dezvoltare - Gesell c. Scara OdetteBrunet şi Irene Lezine d. Proba de lateralitate Harris e. Testul pentru gnozia digitală - Gertsmann f. Proba pentru sinkinezia membrelor superioare g. Test de sinkinezie a membrelor superioare - Stambak h. Proba de motricitate digitală - A. Rey i. Probe de asamblare (pătrat, triunghi) j. Proba Piaget - Head (orientare în spaţiu) k. Testul Head (mână, ochi, ureche) l. Testul de dezvoltare - Denver m.Inventarul de dezvoltare Portage
6. Examinarea psihologică a personalităţii	a.Chestionare de personalitate b. Testul de apercepţie pentru copii (CAT) c. Testul tematic de apercepţie (TAT) d. Testul culorilor (M.Luscher) e. Inventarul pulsiunilor (L.Szondi) f. Proba de perseverare (R.B.Catell şi R.Zazzo)

	g. Testul casă – arbore - om h. Testul arborelui i. Testul Rorschach j. Inventarul Freiburg k. STAI I l. STAI II m.Testul TST - 20 de propozitii neterminate (Eu sunt...).
7. Probe pentru evaluarea activității psihice *A. percepția*	a.Testul „Figura complexă"- A. Rey b.Testul de orientare spațială - H. Head c.Testul frenaj voință - A. Rey
B. afectivitatea	a.Testul de frustrație Rosenzweig b. Proba de completare a povestirilor c. Proba de asociere de cuvinte d. Proba fabulelor - L .Duss
C. limbajul	a. Scara de dezvoltare a limbajului - C. Păunescu b. Proba de evaluare a capacitatii cititului (M.Lobrot – Bovet) c. Proba Bender - Santucci d. Probe de flexibilitate asociativă e. Proba A. Rey adaptată
D. imaginația	a. Proba de desen liber b. Proba Wartegg c. Proba Collin (completarea lacunelor dintr-un desen) d. Desenul familiei - L. Corman
E. memoria	a. Proba A. Rey pe bază de cuvinte b. Proba A. Rey pe baza de figuri geometrice c. Testul „Figura complexă" - A. Rey d. Proba H. Piéron e. WISC (probă de memorie)
F. atenția	a. Proba Toulouse - Piéron b. Proba de dublu baraj - R. Zazzo c. Proba Bourdon - Amfimov d. Proba Praga e. Labirinte f. Completarea lacunelor g. Proba de discriminare perceptivă
8. Probe pentru evaluarea deficienței de vedere	a. Scala Barraga pentru deficiența vizuală b. Scala de evaluare Blounsky c. Scala Reynell - Zinkin d. Scala Maxfield - Bucholz e. Proiectul Oregon f. Chestionarul „Priveste și gândește".
9.Probe de evaluare a nivelului intelectual pentru deficieții de auz	a. Testul Borelli-Oléron b. Testul Sans-paroles c. Testul Snijders-Oomen d. Scala Webster
10. Scale de evaluare a intervenției timpurii	a. Ghidul Portage b. Scala A. Fröhlich

Tabel nr. 3 – **Testele psihologice** (conform H G României nr. 218 din 7 martie 2002)

Rezultatele evaluării pe baza metodelor, instrumentelor şi probelor aplicate unui subiect se înscriu într-o FIŞĂ PSIHOLOGICĂ, un instrument care redă, în mod sintetic şi organizat, informaţiile semnificative despre procesualitatea psihică, despre trăsăturile de personalitate, despre locul pe care subiectul îl ocupă pe scara extremelor inferior-superior, precum şi despre modul său particular de integrare familială, şcolară, profesională, socio-culturală şi morală.

BIBLIOGRAFIE

ALBU, M., 1998, *Construirea şi utilizarea testelor psihologice*, Cluj-Napoca, Editura Clusium.

ANASTASI, A., 1998, *Psychological Testing, 6th. Edition*, New York, Macmillan Publishing Company.

ATKINSON, RITA L., ATKINSON, R. C., 2002, *Introducere în Psihologie*, Bucureşti, Editura Tehnică.

BENITO, Y., 2003, *Copiii supradotaţi* (*Educaţie, Dezvoltare emoţională şi Adaptare socială*), Iaşi, Edit. Polirom.

BONTILĂ, G., 1971, *Aptitudinile şi măsurarea lor*, Bucureşti, Centrul de documentare şi publicaţii al Ministerului Muncii.

CREŢU, C., 1998, *Curriculum Diferenţiat şi Personalizat (Ghid metodologic pentru învăţătorii, profesorii şi părinţii copiilor cu disponibilităţi aptitudinale înalte)*, Iaşi, Edit. Polirom.

DSM IV – *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale* (Ediţia a IV-a), 2000, Editat de Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti.

GAJIC O. 2005, „Variaţiuni pe tema 'Supradotaţii şi arta'", studiu în vol. *Şcoala Superioară pentru Educatoare,* Vârşeţ, Universitatea TIBISCUS, Timişoara, *Supradotaţii şi Adulţii* – Vârşeţ-Temisvar, 2005, pp. 218-225.

HĂVÂRNEANU, C., 2000, *Cunoaşterea psihologică a persoanei, Posibilităţi de utilizare a computerului în psihologia aplicată*, Iaşi, Edit. Polirom.

HORGHIDAN, V., 1997, *Metode de psihodiagnostic*, Bucureşti, E.D.P.R.A.

JIGĂU, M., 1994, *Copiii supradotaţi*, Bucureşti, Edit. Societăţii Ştiinţă şi Tehnică S.A.

LISIEVICI, P., 2002, *Evaluarea în învăţământ. Teorie. Practică. Instrumente*, Bucureşti, Editura Aramis.

MAKSIC, S., BOIANOVIC, M. D., 2005, „Licenţă pentru angajarea cadrelor didactice în munca cu elevii supradotaţi", studiu în vol. *Şcoala Superioară pentru Educatoare*, Vârşeţ, Universitatea TIBISCUS, Timişoara, *Supradotaţii şi Adulţii* – Vârşeţ-Temisvar, pp. 323-329.

MEILI, R., 1964, *Manuel de psychodiagnostique*, Paris, PUF.

MEYER, G., 2000, *De ce şi cum evaluăm*, Iaşi, Editura Polirom.

MILUTINOVIC, J., ZUKOVIC, S., 2005, „Cum trebuie să fie profesorul care îi instruieşte pe supradotaţi", studiu în vol. *Şcoala Superioară pentru Educatoare,* Vârşeţ, Universitatea TIBISCUS, Timişoara, *Supradotaţii şi Adulţii* – Vârşeţ-Temisvar, pp. 407-410.

MINULESCU, M., 2004, *Psihodiagnoza modernă. Chestionarele de personalitate*, Bucureşti, Editura Fundaţiei „România de Mâine".

NIKOLTF, R., 2005, „Cum sesizează profesorii elevii supradotaţi", studiu în vol. *Şcoala Superioară pentru Educatoare,* TIBISCUS, Timişoara, *Supradotaţii şi Adulţii*, Vârşeţ, Timişoara.

POPOVICI, D. V., 2007, *Orientări teoretice şi practice în educaţia integrată,* Arad, Edit. Universităţii Aurel Vlaicu.

POPOVICI, D. V., BALOTA, A., 2004, „Aspecte psihopedagogice ale supradotării la preşcolari", studiu în *Revista de psihopedagogie*, nr. 1/2004, Edit. Pro-Humanitate.

POPOVICI, D. V. (coord), **BALOTA, A.**, 2004, *Introducere în psihopedagogia supradotaţilor*, Bucureşti, Edit. Fundaţiei Humanitas.

POPOVICI, D. V., ILIESCU, AL., 2005, „Aspecte ale dezvoltării de tip heterocronic la supradotaţi", studiu în *Revistă de psihopedagogie*, nr.1/2005, Edit. Fundaţiei Humanitas, pp.52-69.

POPOVICI, D. V., DURAC, V., 2007, „Caracteristici comportamentale creative la adolescenţii supradotaţi", studiu în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 1/2007, Edit. Fundaţiei Humanitas, pp. 101-119.

REUCHLIN, M., 1991, *Les différences individuelles a l'école*, Paris, PUF.

ROBINSON, A., 1998, *Annual Review of Psychology Giftedness: an exceptionality examines*, traducere de pe www.findarticles.com.
ROZOREA, ANCA, 2007, *Introducere în psihodiagnosticul special - Note de curs*, Bucureşti.
ROZOREA, ANCA, 2010, „Specificul şi rolul psihodiagnozei în tiflopsihopedagogie", în Revista *Protecţia socială a copilului*, nr. 1/2010, editată de FICE, România, Bucureşti, Editura Universitară.
ROZOREA, A., STERIAN, M., 2000, *Testul arborelui*, Bucureşti, Editura Paideia.
SDOROW, L. M., 1993, *Psychology* (second edition), Wm. C. Brown Communications Inc. Dubuque, Iowa, USA.
SHEA, T. M., BAUER, A. M., 1994, *Learning with disabilities (A Social Systems Perspective of Special Education)*, trad. Wm. C. Brown, Communications Inc. Dubuque, Iowa, USA.
STAN, A., 2002 –*Testul psihologic. Evoluţie, construcţie, aplicaţii*, Iaşi, Ed. Polirom.
STAN, A., HĂVÂRNEANU, C., 1989, „Utilizarea calculatorului în examinarea psihologică", în *Revista de psihologie*, tom 35, nr.3, Bucureşti, Editura Academiei.
STĂNESCU, M. L., 2002, *Instruirea diferenţiată a elevilor supradotaţi*, Iaşi, Edit. Polirom.
ŞCHIOPU, U., 2002, *Introducere în psihodiagnostic*, Bucureşti, Ed. Fundaţiei Humanitas.
VERZA, E., 2007, *Fundamentele Psihopedagogiei speciale*, Bucureşti, Editura Ministerului Educaţiei şi Cercetării.
VERZA, E., 1998, *Psihopedagogie specială* (*Manual pentru şcoli normale*) EDP, Bucureşti.
VERZA, E., VERZA, E. F., 2000, *Psihologia vârstelor*, Bucureşti, Edit, Pro-Humanitate.
ZURFLUCH, J., 1992, „Copii supradotaţi", Bucureşti, *Buletin de Informare Tematică*, BCP.
ZORGO, B., RADU, I., (coord), 1975, *Îndrumător psihodiagnostic*, vol. 2, Cluj-Napoca.
*** www.supradotati.ro/giftededucation/index.htm

CAPITOLUL III
MECANISMELE NEUROPSIHICE ALE ADAPTĂRII, ÎNVĂŢĂRII ŞI COMPORTAMENTULUI

Definirea şi explicarea noţiunilor de adaptare, învăţare, comportament

Adaptarea. Paternitatea termenului aparţine biologiei evoluţioniste, fiind utilizat pentru a desemna modul de relaţionare dinamică a organismelor vii cu mediul înconjurător şi procesul complex prin care acestea îşi asigură supravieţuirea, dezvoltarea şi înmulţirea (reproducerea).

În teoria lui Darwin, adaptarea se realizează nu numai în cadrul relaţiei organism individual – mediul fizic natural, ci şi în cel al relaţiilor din interiorul speciilor şi dintre specii, luând forma luptei pentru existenţă. În acest din urmă caz, adaptarea implică şi fenomenul selecţiei naturale, care asigură supravieţuirea şi înmulţirea pentru indivizii cei mai bine dotaţi din cadrul fiecărei specii.

Necesitatea adaptării rezultă pe de o parte, din discrepanţa sau dezechilibrul care apare la un moment dat între nivelul de organizare structural – funcţională a organismului şi caracteristicile mediului în care respectivul organism se află în acel timp, iar pe de altă parte, din caracterul limitat al factorilor de hrană, apă, adăpost, reproducere, care duce la o concurenţă interindividuală şi interspecifică. Sensul ei este, deci, asigurarea înlăturării dicrepanţei şi de restabilire a echilibrului cu mediul dat şi, implicit, dobândirea factorilor de existenţă şi înmulţire.

Din punct de vedere practic-instrumental, procesul adaptării se realizează treptat, de-a lungul unui interval de timp mai scurt sau mai lung, în funcţie de natura şi amplitudinea dezechilibrului apărut, şi el cuprinde două verigi intercorelate: *veriga asimilării* şi *veriga acomodării*.

În contactul cu un mediu nou, prima care este solicitată şi intră în funcţiune este *asimilarea*.

Ea constă în aceea că organismul încearcă să se echilibreze cu mediul respectiv, apelând la organizarea structural-funcţională şi la experienţa (repertoriul de comportamente adaptative) pe care le posedă. Dacă acestea reuşesc să acopere întreaga diversitate a situaţiilor provocative ale mediului, echilibrul se restabileşte relativ rapid şi adaptarea se opreşte la asimilare. Dacă, însă, situaţiile întâlnite în noul mediu depăşesc capacitatea de răspuns adecvată a organizării şi experienţei existente, intră în joc *veriga acomodării*, care se realizează în două forme: a) elaborarea unor comportamente noi, pe baza condiţionării naturale şi îmbogăţirea, în acest fel, a experienţei adaptative şi b) suportarea unor transformări de ordin structural-funcţional specific, care să facă organizarea mai compatibilă cu particularităţile şi exigenţele mediului.

Prima formă are la bază *învăţarea,* iar cea de a doua – *dezvoltarea.* (Formele actuale de organizare anatomo-structurală şi funcţională a organismelor animale sunt rezultatul *acomodării evolutive*, de-a lungul timpului, a speciilor din care fac parte, acomodare care s-a produs sub impactul schimbării, mai mult sau mai puţin dramatice a condiţiilor de mediu).

Evident, tranformările pe care le-a implicat adaptarea nu s-au realizat imediat, automat şi de la sine, ci cu mari eforturi de energie şi rezistenţă atât din partea organismelor individuale, luate separat, cât şi a speciilor luate în ansamblu. Şi nu în toate cazurile şi întotdeauna aceste eforturi au putut fi suportate, tentativa de adaptare (în forma acomodării) eşuând, individul şi chiar specia găsindu-şi astfel sfârşitul.

Paleontologia ne oferă o gamă largă de specii de animale dispărute în decursul mileniilor tocmai ca urmare a imposibilităţii lor de a se adapta la schimbările mai brusce şi mai severe ale configuraţiei anterioare a habitatului.

Forma adaptării depinde de regnul căruia îi aparţin organismele vii. Astfel, vorbim de o *adaptare pasivă*, la nivelul regnului vegetal şi de una *activă*, la nivelul regnului animal.

Plantele, având un mod de existenţă *static*, fiecare individ fiind legat strict de un anumit loc în spaţiu, sunt obligate să accepte condiţiile ce li se oferă acolo unde se află, şi să suporte modificările care pot interveni, elaborând în limita organizării interne date, *răspunsuri compensatorii*, care uneori le asigură supravieţuirea, alteori – nu.

Animalele, dimpotrivă, se caracterizează printr-un mod de existenţă mobil, în general nefiind prizonierele unui loc fix. Ca urmare, ele posedă capacitatea de a-şi schimba locul unde nu găsesc resurse de supravieţuire şi de a căuta altul, deplasându-se în spaţiu, pe o rază mai scurtă sau mai lungă. De aici, adaptarea lor capătă un caracter dinamic, activ.

Transformarea structurală cea mai importantă apărută în cursul evoluţiei regnului animal, care a amplificat capacitatea generală de adaptare a indivizilor, a constituit-o apariţia sistemului nervos, a neuronului. Treptat, sistemul nervos se va impune ca principal mediator şi reglator, pe de o parte, a funcţiilor biologice din interiorul organismului, iar pe de o altă parte, al raporturilor dintre organism ca tot şi mediul extern. Se poate, astfel, constata că, se stabileşte un paralelism legic între nivelul de dezvoltare şi organizare structural-funcţională a sistemului nervos, a creierului, şi capacitatea de adaptare a organismelor animale. Omul, dispunând de creierul cel mai complex, cel mai dezvoltat, posedă şi cea mai mare capacitate de adaptare, deficitele mediului fiind compensate prin produsele propriei sale activităţi. Spre deosebire de animal, care este genetic obligat să se limiteze la ceea ce găseşte în mediu, pe care nu-l modifică decât prin prezenţa sa, omul se adaptează la mediu, *transformându-l*, potrivit nevoilor sale, prin activitatea de muncă şi de creaţie. (De aceea, s-ar putea spune că adevăratul caracter activ al adaptării îl găsim la om).

Din perspectivă evoluţionistă, adaptarea se realizează în două forme, calitativ distincte, şi anume: *adaptarea pe baza experienţei de specie* şi *adaptarea pe baza experienţei individuale*. În cursul evoluţiei, raportul dintre cele două s-a modificat în favoarea celei de a doua. Până la păsări, inclusiv, prima formă de adaptare prevala în mod absolut asupra celei de a doua; începând cu mamiferele, adaptarea pe baza experienţei individuale va dobândi o pondere din ce în ce mai mare, atingând valoarea maximă la

nivelul omului. În cadrul primei forme, factorul instrumental principal este *instinctul* (pattern psihocomportamental cu finalitate specifică, propriu tuturor indivizilor unei specii, care se transmite de la o generaţie la alta); în cadrul celei de a doua, mecanismul diriguitor central este **inteligenţa** şi **comportamentul inteligent**, care sunt cu precădere individuale.

În cazul adaptării de tip individual, proprie, aşa cum am arătat, cu precădere omului, cresc considerabil ponderea şi rolul *componentei psihice* – funcţiilor cognitive, mecanismelor autoreglării voluntare, proceselor emoţional-afective, motivaţiei. (Psihicul îşi evidenţiază astfel, în mod plenar caracterul său de *formă nouă*, calitativ superioară a vieţii de relaţie, de „instrument" de adaptare).

Din domeniul biologiei, termenul de adaptare a fost preluat de întreg sistemul ştiinţelor socio-umane, inclusiv de psihologie.

Psihologia se interesează de relaţia om-natură prin prisma determinării caracteristicilor firii şi profilurilor de personalitate în raport de caracteristicile factorilor geoclimatici, evidenţiind diferenţele care se pot structura în tipologii: tipul nordic, tipul temperat, tipul meridional etc. La fel de important este însă şi modul în care omul se raportează la natură, cum se adaptează la marea diversitate a situaţiilor şi fenomenelor acesteia. Şi aici se poate constata cum, pe măsura evoluţiei organizării sale psihocomportamentale, în cursul istoriei, el a trecut treptat de la faza *adaptării pasive*, caracterizată prin echilibrarea cu mediul natural aşa cum era el dat, la faza *adaptării active*, caracterizată prin acţiunea deliberată asupra mediului şi prin transformarea lui. Astfel, se produce distincţia calitativă între modul de adaptare la mediul natural al animalelor şi cel al omului. Dacă animalul se adaptează la mediu, folosind ceea ce acesta îi oferă, omul transformă activ condiţiile date de mediu, producându-şi pe cont propriu cele necesare supravieţuirii. Crearea şi perfecţionarea continuă a uneltelor au permis creşterea efectului acţiunii lor transformatoare, care, acumulate în timp, s-au concretizat în sistemul compact al civilizaţiei şi culturii, reprezentând pentru individul uman o a *doua natură*.

Astfel că, pentru psihologie şi ştiinţele educaţiei, de cel mai mare interes-teoretic şi practic devine studiul adaptării individului la *mediul social*, cel mai diversificat şi cel mai complex sub aspectul situaţiilor, cerinţelor şi standardelor pe care le impune.

Adaptarea la acest mediu se realizează tot prin interelaţia dintre *asimilare* şi *acomodare*. Raportul dintre cele două are un caracter dinamic şi variabil, în funcţie de vârsta cronologică a individului; la vârstele copilăriei, adolescenţei şi tinereţii predomină acomodarea, iar la vârstele maturităţii şi bătrâneţii predomină asimilarea. Sfera capacităţii reale de asimilare a noilor situaţii şi schimbări ale mediului se reduce, semnificativ, la vârstele mai înaintate, iar cum acomodarea nu mai dispune de potenţial intern, apare trăsătura conservatorismului, a cantonării în tiparele atitudinal-comportamentale elaborate anterior. Aceasta devine una din sursele cele mai frecvente ale „conflictului" dintre generaţiile tinere – orientate spre schimbare, transformare şi generaţiile vârstnice – orientate împotriva schimbării, centrate pe ceea ce au realizat ele.

În raport cu specificul psihologic al situaţiilor şi solicitărilor de adaptare, mediul social se diferenţiază în: a) *mediul social primar* sau *de origine* şi b) *mediul social secundar* sau *de adopţie*.

Primul este cel în care se naşte individul şi în care el trăieşte până la o anumită vârstă – mai fragedă sau mai înaintată.

Cel de al doilea este cel în care individul se „transplantează” sau emigrează, de la o anumită vârstă, de asemenea, mai fragedă sau mai înaintată. Din punct de vedere *modal*, al elementelor definitorii de bază – limbă, cultură (obiceiuri, tradiţii etc.), mediul secundar poate fi *intramodal* (aceiaşi limbă şi aceleaşi coordonate culturale), de exemplu, trecerea din mediul rural în cel urban, şi invers, sau trecerea dintr-o zonă sau localitate în alta în cadrul aceleiaşi ţări, sau *extramodal* (altă limbă, altă cultură), de exemplu, plecarea din ţara de origine într-o ţară străină.

Dinamica şi problemele psihologice ale adaptării vor dobândi aspecte diferite, în funcţie de *tipul* mediului social.

În ordinea calitativă a realizării, se poate presupune că:

a) adaptarea se realizează mai uşor şi mai complet în cadrul mediului primar;
b) adaptarea (readaptarea) se realizează cu dificultăţi relativ mai mari şi mai puţin complet în cadrul mediului secundar intramodal;
c) adaptarea (readaptarea) se realizează cu dificultăţi şi mai mari şi într-o măsură mult mai puţin completă, în cadrul mediului secundar extramodal (se vorbeşte de o dramă existenţială a imigranţilor);
d) cu cât vârsta la care individul se transferă din mediul său primar într-unul secundar este mai înaintată, cu atât procesul de adaptare (readaptare) se realizează cu mai multă dificultate şi mai puţin complet;
e) reuşita, respectiv, eşecul adaptării la mediul secundar sunt condiţionate şi de structura sau tipul de personalitate; putem face o scalare pe baza acestui criteriu, diferenţiind: *tipul înalt adaptabil, tipul mediu adaptabil, tipul slab adaptabil* şi *tipul inadaptabil*.

Aşa cum demonstrează cercetările de psihologie socială, atât în mediul primar, cât şi în cel secundar, şi indiferent de vârsta şi de tipul de personalitate, între individ şi exigenţele/solicitările societăţii se menţine un aumit conflict, S. Moscovici (1998) afirmă că adevăratul obiect de studiu al psihologiei sociale îl reprezintă conflictul individ-societate. Aceasta înseamnă că adaptarea la mediul social, din punct de vedere psihologic, nu ajunge niciodată să fie completă, absolută.

Ea trebuie văzută şi interpretată ca raport între două mulţimi de aşteptări şi exigenţe, şi anume: a) mulţimea aşteptărilor şi exigenţelelor interne, care aparţin individului şi b) mulţimea aşteptărilor şi exigenţelor externe, care aparţin mediului social. Notând cu $\{x_i\}$ mulţimea aşteptărilor şi exigenţelor externe, cu $\{y_i\}$ mulţimea aşteptărilor şi exigenţelor interne şi cu E – gradul sau nivelul adaptării, stabilim raportul:

$$E = \frac{\Sigma y_i}{\Sigma x_i}$$

Adaptarea este perfectă, când raportul ia valoarea 1. Aceasta se întâmplă în cazul în care între cele două mulţimi Σy_i şi Σx_i se realizează o concordanţă deplină în toate momentele şi în toate situaţiile între aşteptările şi exigenţele individului şi aşteptările şi exigenţele societăţii (toate comportamentele individului sunt în concordanţă cu normele şi standardele impuse de mediul social şi toate acţiunile şi programele sociale

răspund şi satisfac integral aşteptările şi nevoile individului). În realitate, aşa ceva nu se întâmplă, astfel că valoarea 1 a raportului are o semnificaţie pur teoretică, ea indicându-ne limita maximă a gradului de realizare a adaptării individuale la mediul social.

Valoarea 0 (zero) a raportului semnifică faptul că în nici un moment şi în nici o situaţie nu se realizează o concordanţă între un element al mulţimii $\{y_i\}$ şi un element al mulţimii $\{x_i\}$. Nici această situaţie nu se întâlneşte în mod normal în realitate, ea putând fi considerată tot ca o limită până la care, teoretic, poate ajunge eşecul adaptării individului la mediul social (dezintegrare socială absolută).

În realitate, din punct de vedere individual, nivelul adaptării sociale se înscrie pe continuumul |0-1|, valoarea lui putând fi exprimată astfel: $E \geq 0 \leq 1$ (mai mare decât zero şi mai mică decât 1).

Cele trei situaţii ale raportului dintre mulţimea aşteptărilor şi exigenţelor interne (individuale) şi mulţimea aşteptărilor şi exigenţelor externe (sociale) pot fi ilustrate, grafic, ca în fig 1.

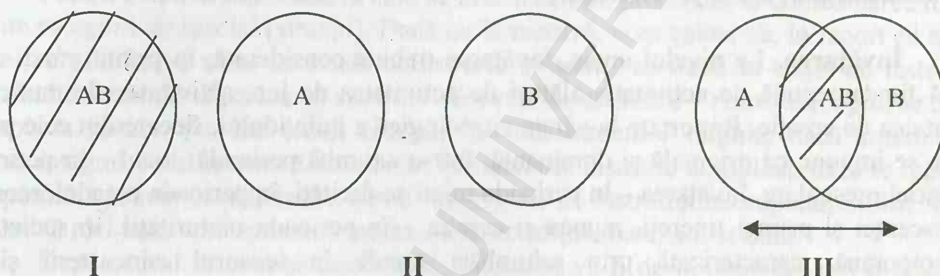


Fig. 1. **Raportul dintre mulţimea aşteptărilor şi exigenţelor interne (A) şi mulţimea aşteptărilor şi exigenţelor externe (B).**

I. concordanţă/coincidenţă perfectă;
II. discordanţă absolută;
III. concordanţă/coincidenţă parţială ↔ semnul indică faptul că fâşia diferă de la un individ la altul.

Figura de mai sus ne arată că indivizii, în cadrul unui mediu social dat, ating niveluri de adaptare/integrare foarte diferite.

La complexitatea procesului de adaptare a individului la mediul social contribuie şi faptul că acesta din urmă nu este omogen sub aspectul exigenţelor, influenţelor, standardelor de evaluare, condiţiilor oferite şi recompenselor/sancţiunilor administrate.

Atât din punctul de vedere al dezvoltării şi realizării personale, cât şi din cel al adecvării comportamentelor la etaloanele generale ideale, mediul social nu asigură în fapt egalitatea condiţiilor, oportunităţilor şi şanselor. Diferenţele şi inegalităţile, uneori stridente în statutul socio-economic, educaţional şi cultural al familiilor şi categoriilor socio-profesionale, generează o mare diversitate a profilurilor psihocomportamentale individuale şi a nivelurilor de adaptare/integrare.

Dificultăţile de adaptare, care apar într-un asemenea context, pot deveni la un moment dat insurmontabile şi ele duc inevitabil la devianţe comportamentale (apariţia comportamentelor antisociale) şi la tulburări psihonevrotice.

Şi cu cât *stresul* resimţit de individ în raportul său cu mediul social este mai puternic şi mai generalizat, cu atât procentul unor asemenea fenomene de dezadaptare va fi mai mare.

Dificultăţile de adaptare ating nivelurile cele mai înalte în perioadele de bulversare şi instabilitate internă a societăţii şi în cele de criză economică şi morală. Într-o astfel de situaţie se află, în prezent, societatea românească. Drept efect, asistăm la creşterea constantă, după 1989, a procentului cazurilor de dezadaptare, atât al comportamentelor deviante (antisociale), cât şi al tulburărilor psihonevrotice.

Aceasta sporeşte rolul şi responsabilitatea asistenţei psihologice şi pedagogice, precum şi rolul instituţiilor şcolare de toate gradele în formarea la tânăra generaţie a competenţelor şi trăsăturilor de personalitate necesare rezistenţei la dificultăţi şi realizării unei bune integrări socio-profesionale.

Învăţarea. La nivelul uman, învăţarea trebuie considerată, în primul rând, ca o formă fundamentală de activitate, alături de activitatea de joc, activitatea de muncă şi activitatea de creaţie. Raportate la vârsta cronologică a individului, fiecare din cele patru forme se impune ca pricipală şi dominantă, într-o anumită perioadă: jocul – în perioada copilăriei preşcolare, învăţarea – în perioada micii şcolarităţi, în perioada preadolescenţei, adolescenţei şi primei tinereţi, munca şi creaţia – în perioada maturităţii. În societatea contemporană, caracterizată prin schimbări rapide în tezaurul cunoaşterii şi în configuraţia şi structura profesiilor, învăţarea se prelungeşte pe toată perioada vieţii active a omului, prefecţionarea şi reconversia profesională devenind fenomene curente imperioase.

Prin rolul şi conţinutul său, învăţarea se subordonează adaptării, fiind mecanism şi instrument al realizării acesteia. Practic, veriga *acomodării,* care, aşa cum am văzut, presupune producerea, consolidarea şi păstrarea unor modificări în organizarea iniţială a sistemului personalităţii individului, adecvate noilor situaţii şi solicitări, se bazează integral pe învăţare. În funcţie de natura şi magnitudinea modificărilor pe care le generează, învăţarea, în cadrul adaptării, este de două tipuri: *învăţare de optimizare* şi *învăţare de dezvoltare*. Prima determină modificări în interiorul schemelor psihocomportamentale deja elaborate, făcându-le mai complete şi mai eficiente, cea de a doua produce asemenea modificări care nu pot fi integrate în schemele psihocomportametale existente, ci duc la formarea altora noi care înseamnă dezvoltare. (Pentru a se adapta la mediu, fie el natural sau social, individul uman trebuie să se dezvolte în plan psihic şi comportamental, iar această dezvoltare nu se poate realiza decât prin *învăţare*. La rândul ei, şi dezvoltarea influenţează sau condiţionează învăţarea: orice nou stadiu al dezvoltării se asociază cu creşterea capacităţii de învăţare. Aşa cum a demonstrat L.S. Vîgotski (1971), învăţarea este cu atât mai eficientă, cu cât conţinutul şi modul ei de organizare corespund mai bine cu specificul „zonei proximei dezvoltări", zonă care, la rândul ei, este în parte rezultatul învăţării anterioare.

În definirea ca atare a fenomenului învăţării în literatura psihopedagogică se întâlnesc formulări şi accente diferite, în funcţie atât de şcoala sau orientarea

metodologică de la care se revendică autorii, cât şi de aspectul căruia i se acordă importanţa cea mai mare.

Considerăm că cea mai adecvată, ar fi o definiţie formală de genul celei de mai jos: „Învăţarea este trecerea unui sistem dintr-o stare iniţială A_0, de neinstruire (slabă organizare, absenţa experienţei necesare pentru abordarea eficientă a situaţiilor date, absenţa unor informaţii, a unor operaţii etc.) într-o stare finală A_n, de instruire (care asigură realizarea unor obiective specifice de reglare" (Golu, 2006). Pentru a fi instruibil, un sistem trebuie: a) să posede structuri şi proprietăţi care să-i permită captarea şi recepţionarea influenţelor şi semnalelor din mediul extern; b) să posede mecanisme interne de prelucrare/evaluare a acestor influenţe şi semnale; c) să posede mecanisme de stocare şi păstrare a informaţiilor prelucrate şi a legăturii lor adaptive cu răspunsurile; d) să posede capacitatea de activare/reactualizare a informaţiilor şi comportamentelor achiziţionate anterior, în vederea utilizării în rezolvarea sarcinilor cu care se confruntă în momentul dat.

Pentru a determina starea în care se află sistemul, procedăm la confruntarea lui cu diferite categorii de sarcini (situaţii). Dacă nu le rezolvă, vom spune că, în raport cu acele sarcini se află într-o stare de totală neinstruire şi atunci se trece la etapa de instruire, furnizând *informaţii, algoritmi* şi *euristici* adecvate de abordare – rezolvare; apoi, se trece din nou la testare, punând iarăşi sistemul în faţa sarcinilor iniţiale; dacă sistemul le rezolvă integral, vom spune că el a trecut în starea de instruire completă, dacă le rezolvă doar parţial, spunem că sistemul a trecut într-o stare de instruire incompletă; în fine, dacă nu rezolvă nici una, vom spune că învăţarea, în condiţiile date, a fost nulă.

După cadrul în care se desfăşoară, învăţarea va fi de *tip spontan* sau *organizat*. Pentru om, definitorie este învăţarea de cel de al doilea tip. Aceasta poate fi definită ca activitate pe care individul o desfăşoară sistematic, într-un cadru socialmente organizat, în vederea asimilării unor sisteme de cunoştinţe (concepte, principii, legi, teorii), a unor sisteme de operaţii şi deprinderi, a dezvoltării unor capacităţi intelectuale de înţelegere, interpretare şi explicare a fenomenelor din natură şi societate.

Toate acestea se constituie în ceea ce numim *fond* sau *tezaur* de experienţă – de ordin teoretic şi practic – graţie căruia devine posibilă echilibrarea, mai mult sau mai puţin optimă şi eficientă, cu mulţimea situaţiilor şi solicitărilor externe. Iar cum, zestrea adaptativă înnăscută a omului este extrem de limitată, raportată la diversitatea şi complexitatea situaţiilor şi solicitărilor mediului său de viaţă, înseamnă că învăţarea devine principala formă prin care se realizează adaptarea.

Ca formă fundamentală de activitate, învăţarea angajează personalitatea în întregul ei, şi pune în evidenţă o structură psihologică foarte complexă. În psihologia tradiţională, ea era redusă, cu precădere, la fixarea (întipărirea), păstrarea şi reactualizarea informaţiilor (cunoştinţelor) şi operaţiilor aşa cum erau ele prezentate din afară, de către instructor. Aceasta însemna un fel de echivalenţă între învăţare şi memorie: a învăţa = a memora. În calitate de condiţie necesară şi suficientă, era specificată *repetiţia* („Repetiţia este mama învăţării"). Destinatarul sau elevul era situat în relaţia de învăţare pe o poziţie *pasivă*, de simplu recipient, fără a manifesta vreo iniţiativă sau intervenţie personală – critică sau de restructurare – în fluxul cunoştinţelor furnizate de profesor. Cunoştinţele însele erau privite şi vehiculate ca datumuri finite, imuabile, care trebuiau receptate, fixate şi reproduse ca atare (învăţare dogmatică).

În decursul celei de a doua jumătăţi a secolului XX, o dată cu introducerea spiritului revoluţiei tehnico-ştiinţifice şi a metodologiei sistemico-cibernetice, în psihologia învăţării s-au produs restructurări radicale. Explozia informaţională a pus în discuţie, pe de o parte, perenitatea şi stabilitatea în timp a întregului sistem de cunoştinţe, iar pe de altă parte, a demonstrat caracterul artificial şi neproductiv al compartimentării şi separării rigide a ştiinţelor.

Faptul că în decursul unui interval scurt de timp (de aproximativ zece ani) volumul informaţiei ştiinţifice se dublează şi totodată se restructurează, o bună parte devenind caducă, perimată a dus în mod necesar şi la reconsiderarea structurii psihologice a învăţării şi a opticii asupra relaţiei de învăţare, a rolului şi poziţiei profesorului (instructorului) şi a elevului (destinatarului) în cadrul acestei relaţii.

Astfel, învăţarea, ca atare, este considerată astăzi nu ca un simplu act de memorare–fixare–reproducere, ci ca o activitate complexă, cu structură eterogenă în care rolul şi ponderea diferitelor componente şi mecanisme neuropsihice se modifică în funcţie de natura domeniului (sarcinilor de învăţare) şi de obiectivele propuse.

Potrivit principiului *interacţionismului circular* structurant, verigile şi componentele mecanismelor neuropsihice ale activităţii de învăţare nu sunt datumuri predeterminate, ci, în mare parte, tot un produs al învăţării, dezvoltării şi maturizării. Gradul lor de elaborare determină calitatea şi eficienţa învăţării ulterioare. Aşadar, structura şi mecanismele neuropsihice se modifică în ontogeneză, punând în evidenţă tablouri diferite în diferitele etape de vârstă ale individului – copilărie, adolescenţă, tinereţe, maturitate, bătrâneţe.

Mecanismele învăţării.

Ca formă complexă şi multifazică de activitate, dominantă pentru perioada de vârstă 7–18 ani, învăţarea are la bază şi se realizează prin mecanisme, care includ două componente principale: A) *componenta psihologică* şi B)*componenta neurofiziologică*, fiecare din acestea prezentând o structură eterogenă, diversificată şi o organizare constelaţional-multinivelară. Având caracter sistemic, de integralitate, învăţarea include în structura sa toate entităţile psihice la nivelul lor de dezvoltare-integrare în momentul dat. Se stabileşte, astfel, o relaţie circulară, de dependenţă şi condiţionare reciprocă între învăţare şi dezvoltare: a) învăţarea este principalul factor şi mecanism al dezvoltării psihocomportamentale a individului; b) la rândul său, dezvoltarea se transformă în factor mediator al învăţării: cu cât ea se află la un nivel mai ridicat, cu atât învăţarea va decurge mai rapid şi mai eficient, şi invers. Produsele dezvoltării se includ, treptat, în componenta psihologică a mecanismului general al învăţării.

A. Revenind, acum, la structura componentei psihologice a învăţării, din punct de vedere operaţional, ea include următoarele *verigi*: *veriga recepţiei* (de input);*veriga de procesare; veriga mnezică*; *veriga de stimulare –susţinere* (energetică), *veriga de reglare*; *veriga de testare*; *veriga de corectare – validare* (fig. 2).

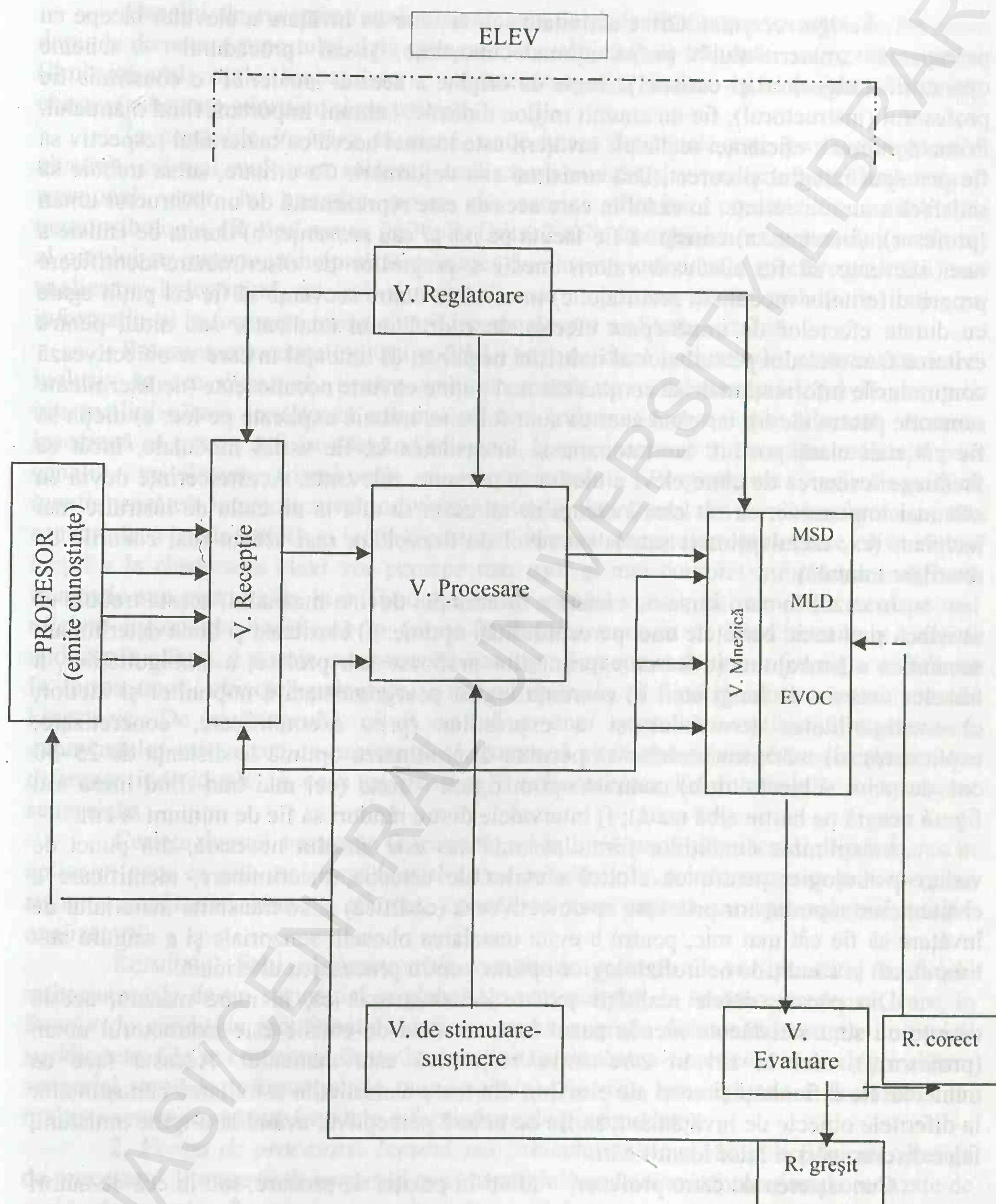


Fig. 2. **Schema-bloc a structurii mecanismului psihologic al învăţării**
V – verigă, MSD – memorie de scurtă durată, MLD – memorie de lungă durată, EVOC – evocare

1. *Veriga recepţiei*. Orice activitate sau acţiune de învăţare a elevului începe cu perceperea „materialului" (informaţional–cunoştinţe şi/sau procedural – scheme operatorii – algoritmi şi euristici). Sursa de origine a acestui „material" o constituie fie profesorul (instructorul), fie un anumit mijloc didactic, cel mai important fiind manualul. Prima condiţie a eficienţei realizării învăţării este tocmai aceea ca materialul respectiv să fie perceput integral şi corect, fără omisiuni sau deformări. Ca urmare, sursa trebuie să satisfacă anumite cerinţe: în cazul în care aceasta este reprezentată de un instructor uman (profesor), şi anume: a) emisia să fie făcută pe *porţii* sau *secvenţe*; b) durata de emisie a unei secvenţe să fie adecvată valorii medii a pragurilor de discriminare/identificare proprii diferitelor modalităţi sezoriale; c) intervalele dintre secvenţe să fie cel puţin egale cu durata efectelor de urmă (post efecte), în cadrul unui analizator sau altul, pentru evitarea fenomenului perturbator al inducţiei negative; d) limbajul în care se obiectivează conţinuturile informaţionale să conţină cât mai puţine cuvinte necunoscute (nedeterminate semantic pentru elevi), iar când acestea sunt folosite, trebuie explicate pe loc; e) dicţia să fie cât mai clară posibil, iar intonaţia şi intensitatea să fie astfel modulate, încât să faciliteze sesizarea de către elevi a ideilor importante, relevante. Aceste cerinţe devin cu atât mai imperative, cu cât elevii cărora ne adresăm se află la un ciclu de instruire mai incipient (ex. ciclul primar) sau la un nivel de dezvoltare mai scăzut (ex. cazurile de retardare mintală).

În cazul în care sursa de emisie a informaţiei devine manualul, acesta trebuie să satisfacă şi el toate cerinţele unei perceptibilităţi optime: a) claritatea şi buna determinare semantică a limbajului (evitarea exprimărilor preţioase sau prolixe, a ambiguităţilor, a frazelor excesiv de lungi etc.; b) coerenţa logică şi argumentată a noţiunilor şi ideilor; c) inteligibilitatea termenilor şi a expresiilor (prin exemplificare, concretizare, explicitare); d) mărimea literelor să permită discriminarea optimă la distanţa de 25–30 cm. de ochii subiectului; e) contrast optim figură – fond (cel mai bun fiind literă sau figură neagră pe hârtie albă mată); f) intervalele dintre rânduri să fie de minium ½ cm.

Îndeplinirea condiţiilor formulate mai sus este absolut necesară, din punct de vedere psihologic, pentru ca efortul elevilor de detecţie, discriminare, identificare a elementelor suporturilor prin care se obiectivează (codifică) şi se transmite materialul de învăţare să fie cât mai mic, pentru a evita instalarea oboselii senzoriale şi a asigura atât timpul, cât şi condiţiile neurofiziologice optime pentru procesarea ulterioară.

Din păcate, datele realităţii şcolare demonstrează că, în mare măsură, aceste cerinţe nu sunt satisfăcute nici în cazul în care sursa de emisie este instructorul uman (profesorul), nici în cel în care sursa respectivă este manualul. Aceasta face ca numeroasele dificultăţi şi erori ale elevilor, din toate ciclurile, în asimilarea cunoştinţelor la diferitele obiecte de învăţământ, să fie de natură perceptivă, având la origine omisiuni, false discriminări şi false identificări.

Cunoaşterea de către profesori – aflaţi în poziţia de predare, sau în cea de autori de manuale – a mecanismelor şi legilor percepţiei se impune ca o cerinţă psihopedagogică necesară pentru organizarea şi prezentarea materialului de învăţare.

Operaţiile verigii senzoriale care se includ în componenta psihică a mecanismelor învăţării sunt: explorarea–detecţia, discriminarea şi identificarea, bazate şi mediate de „măsurare", comparare, evaluare. (Piaget, 1968, Golu 1972, 2006)

Canalul de recepţie (analizatorul) care intră în funcţiune în actul de învăţare, depinde de natura suportului fizic prin care se codifică şi se transmite informaţia – sonor (limbajul oral), optic (limbajul scris, scheme, imagini), mecano-tactil (alfabetul Braille), chimic (substanţe odorifice şi gustative).

În condiţiile învăţării în clasă, unde sursa de emisie este profesorul în mod obişnuit, cel mai mult sunt solicitaţi analizatorii auditiv şi vizual, ceilalţi fiind activaţi ocazional, doar în anumite tipuri de sarcini. Potrivit cercetărilor actuale de neuropsihologie, (R. de Lassus, 2004; R. Dilts, 2007), în organizarea sistemului senzorial al omului se impune principiul aferentaţiei dominante individuale (preferenţialităţii), un analizator îndeplinind un rol funcţional mai important decât ceilalţi în captarea informaţiei şi în formarea reprezentării interne despre realitatea externă.

Programarea neurolingvistică (PNL) susţine, după cum se ştie, că în comunicare, inclusiv în cea didactică, pentru receptor există un canal senzorial privilegiat prin intermediul căruia receptează cel mai eficient informaţia care-i este adresată. Aceasta înseamnă că pentru a fi cu adevărat eficientă, comunicarea ar trebui să se realizeze prin canalul privilegiat (dominant) al destinatarului. Programarea neurolingvistică menţionează că, la om, la nivel individual, este dominant unul din următoarele trei canale senzoriale: vizual, auditiv şi tactil-kinestezic. În acest caz, putem presupune că în cadrul lecţiilor la clasă, unii elevi vor percepe mai uşor şi mai complet informaţia codificată imagistic sau pictografic, la ei fiind dominant canalul vizual; alţi elevi vor percepe mai eficient informaţia codificată în forma limbajului oral, la ei fiind dominant canalul auditiv; în sfârşit, o a treia categorie de elevi vor percepe mai bine informaţia codificată în forma unor „obiecte" palpabile şi manevrabile, la ei fiind dominant canalul tactil-kinestezic. De aici, rezultă că o cerinţă a unei organizări optime a transmiterii cunoştinţelor este aceea ca profesorii să cunoască şi să ţină seama de existenţa acestor diferenţe individuale în ceea ce priveşte funcţionalitatea informaţională a sistemelor senzoriale.

Cerinţa de mai sus poate fi acoperită, şi în bună parte satisfăcută, prin punerea în aplicare (ceea ce este mai uşor de realizat) a principiului: „o informaţie se percepe şi se reţine cu atât mai bine şi eficient, cu cât ea este captată cu ajutorul mai multor analizatori".

Rezultatul final al funcţionării verigii de recepţie îl vor constitui modelele informaţionale de tip secvenţial şi global ale materialului de învăţare prezentat, care, în funcţie de condiţiile menţionate anterior, vor avea grade diferite de completitudine şi veridicitate. Ele se constituie fie pe baza activităţii analitico-sintetice a unui singur sistem senzorial (modele informaţionale monomodele), fie prin interacţiunea a două sau mai multor asemenea sisteme (modele informaţioanale plurimodale).

2. *Veriga de procesare. Inputul* sau „obiectul" asupra căruia acţionează „veriga de procesare" îl reprezintă *output*-ul sau ansamblul modelelor informaţionale realizate de veriga de recepţie. Procesarea propriu-zisă constă într-o succesiune de operaţii logice de analiză, recodare şi decodare criterială în urma căreia: a) se stabileşte şi se conştientizează legătura designativă dintre cuvânt sau imagine şi referenţial (realitatea de fapt); b) se stabileşte sfera de integrare a noţiunilor transmise; c) se determină sfera de aplicabilitate instrumental-rezolutivă a conţinutului noţiunilor şi cunoştinţelor primite; d) se stabileşte legătura noilor cunoştinţe cu cele anterioare, referitoare la acelaşi domeniu (integrarea

intradisciplinară); e) se stabileşte legătura noilor cunoştinţe cu cunoştinţele anterioare referitoare la alte domenii (integrarea interdisciplinară şi transdisciplinară).

Calitatea şi completitudinea operaţiilor de mai sus sunt condiţionate de nivelul de organizare şi maturizare structural-funcţională a creierului (maturizarea acestuia se încheie abia la vârsta de 20 de ani), de nivelul dezvoltării psihice generale, la momentul dat, şi de nivelul instruirii anterioare. În plan psihologic, indicatorii menţionaţi se reflectă, printre altele, în gradul de structurare şi funcţionare a gândirii, sub cele patru dimensiuni definitorii ale ei: *operatorie, noţional-conceptuală, rezultativă* (produse), şi *conexională* (relaţională).

În veriga de procesare, ca material informaţional auxiliar, intră şi seria de reprezentări pe care le activează input-ul senzorial după legile asociaţiei (asemănării, contrastului şi contiguităţii), putând facilita prelucrarea şi înţelegerea noilor cunoştinţe. De aceea, se poate afirma că un proces de învăţare se va realiza cu atât mai rapid şi eficient, cu cât fondul de reprezentări al elevului este mai bogat şi corespondenţa celor activate cu fluxul perceptiv actual este mai mare, şi invers. Până la vârsta şcolară, veriga de procesare se limitează la nivel reprezentaţional.

Reprezentarea, ca proces, implică aplicarea asupra input-ului senzorial a unor operaţii de comparaţie/selecţie, de abstracţie, de sinteză şi generalizare. Ca urmare, reprezentarea, ca produs final al unui ciclu de procesare, se integrează în sistemul celor elaborate anterior în calitate de *cunoştinţă* nouă. Ea posedă un anumit grad de generalitate, fiind o entitate care substituie toate elementele asemănătoare sau identice ale unei clase sau clasa însăşi, dobândind, astfel, valoare instrumentală, interpunându-se în mod mediator-reglator între veriga de „intrare" şi veriga de „ieşire", verbală sau motorie (comportament).

Evident, obiectivul învăţării şcolare şi academice îl constituie asigurarea asimilării şi integrării de către cei incluşi în sistemul de învăţământ a unor cunoştinţe ştiinţifice solide despre cât mai multe domenii ale realităţii şi a unor strategii şi proceduri adecvate de utilizare – aplicare a lor.

De aceea, pe parcursul ciclurilor de instruire, în veriga de procesare se trece treptat de la nivelul imagistic-reprezentaţional şi figural-schematic la nivelul conceptual (noţional), produsele finale îmbrăcând forma noţiunilor *concrete* şi *abstracte* şi a *structurilor de raţionament* inductiv, deductiv, analogic şi probabilist.

Potrivit teoriei lui J. Piaget (1965), un asemena nivel se structurează şi se consolidează în ultimul stadiu psihogenetic al evoluţiei intelectului între 11 – 14 ani. Din punct de vedere funcţional, rezultatul specific al acestui stadiu îl reprezintă sistemul *operaţiilor formale*, care posedă integral proprietăţile *reversibilităţii*, $[(A \leftrightarrow B)]$, *reflexivităţii* $[(A = A)]$, *asociativităţii* $(A + B) + C = A + (B + C)$, *tranzitivităţii* $[(A = B, B = C \rightarrow A = C)]$.

Acestea se vor include, ulterior, în componenţa *mecanismelor psihologice* ale învăţării, realizând, pe de o parte, o procesare a fluxului informaţional, bazată pe principiile *abstractizării, generalizării* şi *formalizării* (trecerea de la modele de tip imagistic la modele de tip semiotic alfa numeric), iar pe de altă parte, relativa autonomizare şi independenţă a structurilor mentale interne în raport cu prezenţa în percepţie a obiectului şi cu acţiunea materială externă în rezolvarea diferitelor probleme. Ca urmare, în schema generală a mecanismelor psihologice ale învăţării se produce o

restructurare calitativă esenţială care constă în subordonarea tuturor verigilor particulare ale procesului învăţării controlului şi evaluării structurii operatorii a gândirii. De altfel, în concepţia actuală, sub aspectul său calitativ, de conţinut, învăţarea şcolară trebuie să fie dominată de către gândire, şi nu de către memorie, cum se credea anterior.

Pentru aceasta însă, se cere ca procesul învăţării să fie organizat şi realizat din exterior – de către profesor şi prin structura programelor şi manualelor, în concordanţă cu principiile *esenţializării, problematizării* şi *instrumentizării*. Cunoştinţele nu mai trebuie prezentate ca entităţi statice, închise şi imuabile, ci ca entităţi „vii", evolutive, variabile, relative faţă de care cel supus instruirii să adopte a atitudine activ-critică şi să aibă puncte de vedere şi opinii personale.

Cu cât *veriga de procesare* este mai elaborată şi mai solicitată, cu atât calitatea învăţării este mai bună, efectul ei formativ mai pregnant, şi invers.

Unul din procedeele didactice cele mai eficiente de activare şi punere în priză a verigii de procesare la nivelul ei superior de integrare – nivelul gândirii – constă în a pune pe elev în faţa unei situaţii sau probleme pe care nu o poate rezolva cu ajutorul cunoştinţelor de care dispune, după care să se treacă la prezentarea lecţiei care oferă cunoştinţele adecvate şi necesare pentru rezolvare. Un alt important procedeu constă în antrenarea elevilor într-un proces de *descoperire*: construirea de concepte, formularea definiţiilor, stabilirea de relaţii (incluziune, analogie, ordonare, subordonare, generative etc.).

Evident, importanţa verigii de procesare în mecanismul psihologic al învăţării depinde de tipologia şi complexitatea sarcinilor.

Putem face o distincţie între *învăţările simple*, de stabilire şi consolidare a legăturii adecvate dintre stimulii (obiectele) externi şi răspunsuri sau între imaginile perceptive ale lucrurilor şi denumirile corespunzătoare, şi *învăţările complexe*, de decodificare şi înţelegere a conţinutului şi valorii instrumentale a noţiunilor, de organizare a noţiunilor în structuri cognitive de tip discursiv – judecăţi, raţionamente, de elaborare de scheme şi strategii cu caracter rezolutiv şi interpretativ etc.

Este clar, că, în primul caz, ponderea verigii de procesare este semnificativ mai redusă decât în cel de al doilea.

Un aspect important al funcţionalităţii verigii de procesare îl reprezintă prevenirea fenomenului de inducţie negativă dinspre cunoştinţele empirice spre cele ştiinţifice şi înlăturarea obstacolului pe care cele dintâi îl pot constitui în calea asimilării celor din urmă. (Forţa cunoştinţelor emprice este destul de mare, deoarece ele se bazează pe experienţa personală care le conferă caracter de evidenţă; ele sunt native – „naturale").

În raport cu ele, se impune apelarea la o metodă de schimbare cognitivă (ex. în biologie, în istorie, în psihologie etc.). Aceasta presupune determinarea unor modificări în modul de percepere a situaţiilor şi în setul (atitudinea) preformat în legătură cu ele.

Condiţiile psihopedagogice, care permit producerea unor asemenea modificări, sunt însă puţin cunoscute.

Un loc important în structura mecanismului psihologic al verigii de procesare îl ocupă aşa-numitele *elemente procedurale*, care circumscriu şi susţin desfăşurarea finalistă a transformărilor *input-ului,* în funcţie de modalitatea, dificultatea şi complexitatea materialului de învăţare. Acestea se prezintă sub următoarele forme principale: *indici, criterii, operatori, algoritmi, euristici, reţele cognitive* şi *scenarii*.

Indicii, în calitate de mecanism, se definesc ca seturi mentale de discriminare–determinare a input-ului în modele informaţionale de tip imagistic-perceptiv, imagistic-reprezentaţional şi noţional-conceptual. Asemenea seturi orientează procesarea input-ului senzorial în direcţia detectării şi înregistrării proprietăţilor de *determinare* şi *identificare*. Determinarea şi identificarea se realizează în concordanţă cu obiectivul sarcinii de învăţare. Ca urmare, indicii se împart în: a) *indici de individualitate*, sarcina de învăţare constând în detectarea şi înregistrarea proprietăţilor care să permită căutarea şi identificarea unui obiect în cadrul unei mulţimi de alte obiecte asemănătoare, şi indicii de *categorialitate*, sarcina învăţării constând, în acest caz, în detectarea şi integrarea într-un model informaţional nou, supraordonat a proprietăţilor comune ale unei mulţimi de obiecte individuale (fig. 3).

Din interacţiunea celor două categorii de indici, în cadrul procesării se evidenţiază modul *intensional* şi modul *extensional* de utilizare/definire a noţiunilor.

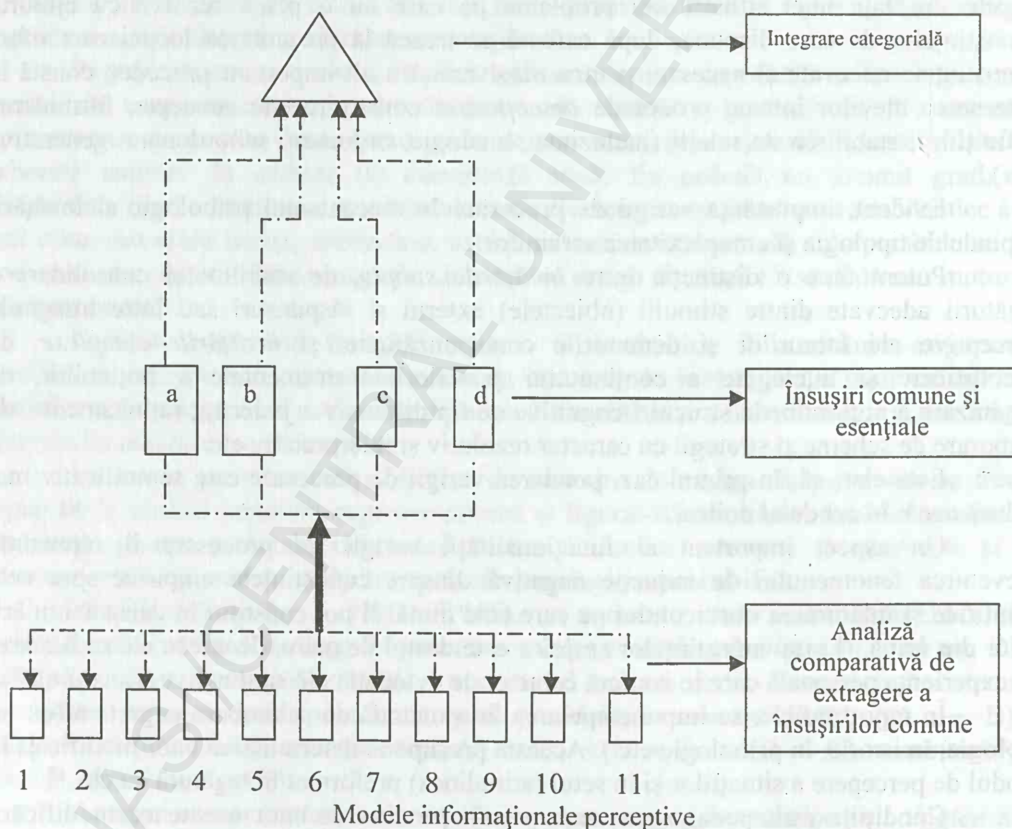


Fig. 3. **Schema bloc a mecanismului procesării de tip categorial**

Primul vizează ansamblul însuşirilor pe baza cărora se stabileşte apartenenţa unui obiect concret sau abstract la clasa reprezentată de noţiunea respectivă. (ex.: însuşirile: *biped, gânditor, vorbitor, făuritor de unelte, creator de valori* = noţiunea „om").

Cel de al doilea vizează mulţimea (totalitatea) obiectelor care aparţin clasei circumscrise cu ajutorul intensiunii.

Există noţiuni care pot fi definite atât intensional, cât şi extensional (ex. „pictor", „profesor", „elev", „oraş", „fluviu" etc.).

În schimb, noţiunile cu extensiune infinită nu pot fi explicitate decât intensional (ex. în cazul noţiunii de „număr par", definiţia intensională este simplă şi succintă: „se numeşte par orice număr divizibil cu 2" – în timp ce prezentarea extensională ar necesita un timp infinit, o dată ce ea presupune specificarea mulţimii infinite a numerelor pare). Acelaşi lucru este valabil şi pentru noţiunile de extensiune nulă (ex. „Ayatolahul României").

În cursul unui act concret de învăţare, în mecanismul psihologic al procesării, se poate activa şi domina fie indicele de intensiune, fie cel de extensiune, determinând atitudinea elevului faţă de conţinutul materialului de învăţare. *Orientarea extensională* înseamnă că în cursul procesării materialului se acordă atenţie fiecărui element concret dintr-o mulţime de obiecte asemănătoare. *Orientarea intensională* înseamnă că în cursul procesării elevul tinde să acorde atenţie şi să ia în consideraţie doar elementele (aspectele) globale, eticheta comună pusă obiectelor prezentate.

Orientarea intensională facilitează învăţarea în sarcinile cu caracter analitic, iar cea extensională facilitează învăţarea în sarcinile cu caracter sintetic.

Se întâmplă, însă, ca activarea să nu fie întotdeauna adecvată, adică în locul orientării intensionale să fie activată cea extensională, procesarea fiind astfel perturbată. O asemena eroare apare mai frecvent în cazul studiului individual al elevului ca urmare a influenţei spontane a factorilor psihologici interni de ordin tipologic – analitic/sintetic.

Criteriile, în calitate de componente ale mecanismului psihologic al procesării materialului de învăţare, trebuie înţelese ca repertoriu de instrucţiuni/comenzi care dirijează modul de ordonare şi sistematizare a informaţiilor. Ele pot fi de ordin substanţial – calitativ (ex. „viu-neviu", „plantă–animal", „bărbat–femeie", „ierbivor–carnivor", „animal sălbatic–animal domestic" etc.) sau de ordin logico-formal (ex. „noţiuni concrete–noţiuni abstracte", „imagistic–lingvistic", „număr par–număr impar", „sistem închis–sistem deschis", „sistem static–sistem dinamic", „substantiv–adjectiv", „verb–adverb", „sintactic–semantic" etc.).

De asemenea, criteriile se disting pe baza gradului de generalitate (particular–general) pe baza unor proprietăţi anume ale obiectelor (formă, culoare, mărime, funcţie etc.), pe baza unor relaţii (antagonice: bun–rău, activ–pasiv, pozitiv–negativ, frumos–urât etc.), genetice sau filiale (părinte – copil, frate–soră, bunic–nepot etc.), temporale (trecut, prezent, viitor); spaţiale (punctele cardinale, poziţii: sus–jos, aproape–departe), de subordonare (şef–subaltern), de apartenenţă–incluziune (elementul x aparţine mulţimii A etc.).

Criteriul impune direcţia şi locaţia (adresa) în care urmează să fie integrate şi stocate „produsele" procesării. Astfel, datorită funcţionării lor, achiziţia noilor cunoştinţe nu se reduce la simple adăugiri la cele deja stocate anterior. O achiziţie doar cumulativă nu este productivă. Anumite progrese constau, dimpotrivă, în eliminarea unor noţiuni sau reguli greşite (de cele mai multe ori este vorba de *înlocuire,* deoarece o cunoştinţă nesatisfăcătoare este rar abandonată dacă nu există altceva în schimb). Însă, progresul ia, adesea, forma unei *restructurări* a cunoştinţelor anterioare, precum diferenţierea unei

noţiuni în două noţiuni duale, integrarea unor noi elemente în aceeaşi structură de cunoştinţe, integrarea a două structuri sub o a treia supraordonată etc. Dacă cele mai evidente schimbări sunt calitative, există altele care sunt cantitative şi joacă un rol important în eficienţa funcţionării cognitive. Acestea din urmă se referă mai ales la accesibilitatea informaţiilor stocate în memorie şi se manifestă prin probabilitatea de a recupera o noţiune pornind de la o alta servind un indice de rapel, sau prin rapiditatea acestei recuperări.

Operatorii sunt acele entităţi ale mecanismului psihologic al procesării care efectuează transformări directe asupra secvenţelor şi unităţilor informaţionale ale materialului de învăţare. Aceste transformări sunt de diferite tipuri: 1) transformări cantitative de calcul (de adunare $a+b = n$; de scădere $a-b = r$; de înmulţire $a \times b = p$; de împărţire $a:b = r$ etc.), transformări comparative de măsurare – evaluare a diferenţelor ($A \neq B$), a asemănărilor ($A \approx B$), identităţilor ($A \equiv A$), transformări de stabilire a raporturilor de mărime ($A>B$, $B<A$), de ordine sau rang (A mai bun decât B, B mai bun decât C etc. $A \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow .... \rightarrow N$), transformări combinatorice (realizarea unor configuraţii sau structuri diferite pornind de la un număr finit dat de elemente discrete – combinarea literelor în cuvinte, combinarea cuvintelor în propoziţii, combinarea unor piese într-un agregat, combinarea mutărilor în jocul de şah, combinarea culorilor într-un tablou, combinarea sunetelor în structurile muzicale, combinarea unităţilor informaţionale în descrierea şi explicarea unui fenomen etc.), *transformări calitative de nivel* (transformarea modelelor informaţionale imagistic individuale în modele informaţionale categoriale sau conceptuale).

Unii dintre operatorii de procesare sunt înnăscuţi, făcând parte din logica internă a funcţionării creierului, care, prin programarea lui genetică, se comportă ca un sistem *computaţional* şi *interpretativ* în raport cu input-urile primite din afară; alţii însă, de ordin superior, se formează şi se includ în schema mecanismului psihologic al verigii de procesare în ontogeneză prin învăţare.

Este uşor de observat că învăţarea, în veriga ei de procesare, este cu atât mai activă şi mai completă cu cât sistemul operatorilor este mai bine elaborat.

Dincolo de faptul că este componentă a mecanismului verigii de procesare, sistemul de operatori conferă învăţării, în ansamblul ei, un caracter activ şi creativ, sporindu-i eficienţa în latura ei *formativă*.

Algoritmii sunt, la rândul lor, componente esenţiale ale verigii de procesare a învăţării, susţinând latura *rezolutivă* în situaţiile problematice de diferite grade de complexitate, dar *bine definite*. (Bine definită este acea situaţie problematică pentru care pot fi specificate toate elementele (datele) şi condiţiile necesare pentru a fi rezolvată).

Algoritmul se prezintă ca acel *micromecanism* mental, de esenţă cognitivă, a cărui punere în funcţiune (activare) duce în mod sigur la rezolvarea sarcinii date şi la obţinerea rezultatului cerut.

Structural, el este alcătuit dintr-o serie de *operatori* (A, B, C, D ...etc.) şi condiţii logice (simple P_i şi obligatorii P_i^o), între care există relaţii (conexiuni) strict determinate, a căror respectare în cursul aplicării este obligatorie pentru reuşita procesării (acţiunii) rezolutive.

După destinaţia lor funcţională, algoritmii sunt de diferite tipuri: *algoritmii de clasificare, algoritmi de analiză* (descompunere, demontare), *algoritmi de ansamblare*

(refacerea unui întreg din părţile date în dezordine), *algoritmi de calcul* (algoritmi de calcul aritmetic, algoritmi de calcul algebric etc.). Trebuie menţionat că, în cadrul multor discipline din curricula şcolară, există situaţii şi sarcini de învăţare în a căror abordare sunt reclamate strategii de tip algoritmic.

Necesitatea integrării algoritmilor în schema de ansamblu a mecanismului psihologic al procesării, decurge din însuşi *principiul parcimoniei*, căruia se subordonează funcţionarea creierului uman: obţinerea maximului de performanţă (efecte adaptive pozitive) cu un minimum de consum de energie, informaţie şi timp. Or, prezenţa algoritmilor în abordarea sarcinilor de învăţare face posibil tocmai acest lucru.

După structură, algoritmii îi împărţim în *simpli* şi *complecşi*. În primul caz, avem de a face cu succesiunea unor operatori de acelaşi gen (ordin) fără condiţii suplimentare:

ex.: $A = A_1, A_2, A_3, \ldots$

$$A_n = \prod_{1}^{n} AK$$

În cel de-al doilea, intervin diferite condiţii logice (ex. $U=AP\overset{A}{\uparrow}!$) „se aplică mai întâi operatorul A – înmulţirea a două numere; se testează condiţia logica P – compararea rezultatului operaţiei precedente cu cel corect; dacă se verifică, rezultatul se reţine şi procesul încetează – ! – „dacă nu se verifică, se reia aplicarea operatorului A").

Dacă în structura algoritmului intră mai multe tipuri de operatori, el devine multifazic, complex (ex.: $\overset{n}{\underset{1}{\pi}}AKP_1\overset{c}{\uparrow}BP_2\overset{A}{\uparrow}C!$), ceea ce înseamnă: „se aplică mai întâi toţi operatorii A_K pentru toate valorile lui K (1→n); se testează apoi condiţia logică P_1; dacă este îndeplinită, se trece la aplicarea operatorului B, dacă nu se verifică se trece la aplicarea operatorului C; neverificarea condiţiei logice P_2 reclamă aplicarea operatorului A_1").

Eficienţa unui algortim, în calitate de mecanism procesor în cadrul învăţării, este deteminată de gradul de elaborare a proprietăţilor lui de bază: *determinarea, generalitatea* şi *finalitatea* (Simon, 1977; Solso, 1995; Miclea, 1999; Golu, 2006).

Determinarea presupune ca structura logică a algoritmului să fie riguros coerentă, fiecare transformare având-şi locul precis în cadrul succesiunii generale, astfel încât pasul actual să activeze pasul următor, iar fiecare verigă, o dată executată, să asigure apropierea de rezultat.

Generalitatea reclamă ca un algortim să servească la analiza, interpretarea şi rezolvarea unei clase cât mai întinse de sarcini şi situaţii.

Finalitatea exprimă gradul de concordanţă sau adecvare între structura algoritmului şi o anumită categorie de sarcini de învăţare. Aceasta înseamnă că în însăşi formarea algoritmilor se porneşte de la o prealabilă clasificare şi tipologizare a situaţiilor pentru care învăţarea trebuie să ofere „instrumentele" adecvate de abordare – soluţionare.

Euristicile sunt acele unităţi operatorii ale mecanismului propriu verigii de procesare, care permit stabilirea ordinii şi găsirea soluţiilor în situaţiile de învăţare complexă, cu un grad ridicat de *nedeterminare*. Spre deosebire de algoritm, euristica aleasă la momentul dat nu duce în mod necesar la obţinerea rezultatului. De aceea, procesarea nu se desfăşoară liniar-unidirecţional, ci după o schemă arborescentă (graf-arbore): din fiecare punct, inclusiv din cel de plecare, se deschid două sau mai multe direcţii, dintre care numai una conduce către obiectiv, iar alegerea ei nu este cunoscută dinainte, aceasta făcându-se aleator, potrivit principiului „încercare şi eroare" (fig. 4).

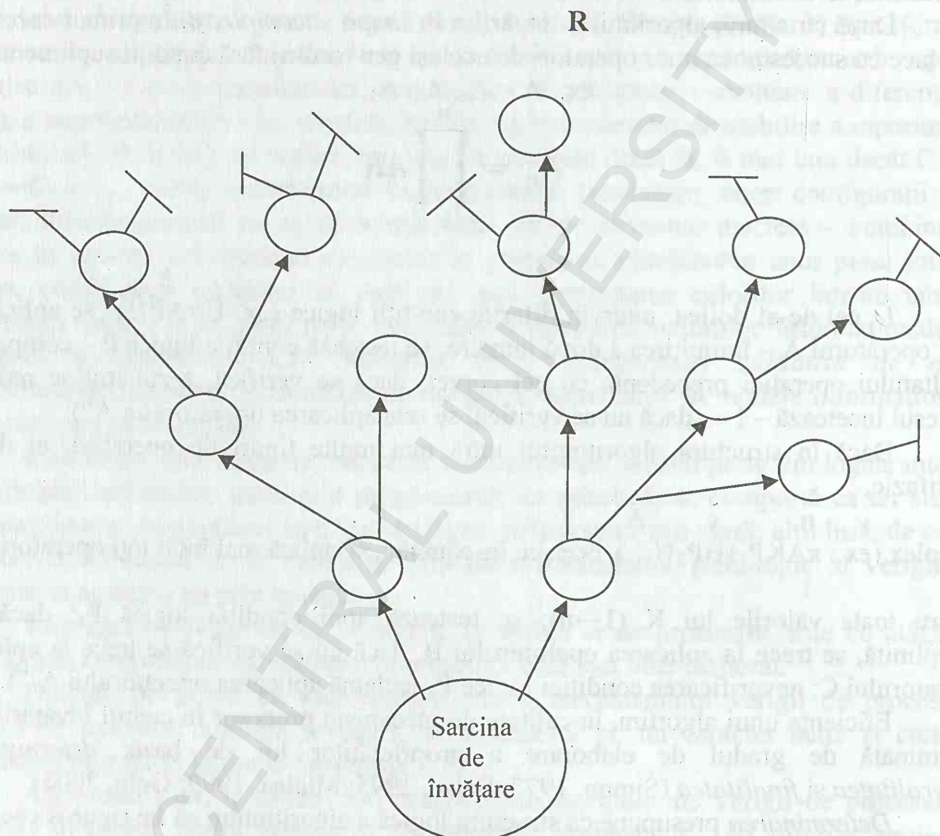


Fig. 4. **Schema bloc a procesării euristice**
(mecanismul învăţării prin descoperire: învăţare şi eroare)

Din punct de vedere structural, euristica este alcătuită dintr-un set de instrucţiuni şi principii cu caracter orientativ general, pe baza cărora are loc procesarea exploratorie (Newell şi Simon, 1972; Simon, 1980; Wason şi Laird, 1986).

Învăţarea euristică este cea care reclamă şi dezvoltă capacitatea de orientare-investigare, capacitatea de descoperire şi creativitatea elevului.

Din punct de vedere psihologic, orice sarcină de învăţare nouă prezintă pentru elev un anumit grad de nedeterminare, pretându-se, astfel, la o tratare euristică, chiar dacă, în final se va algoritmiza.

Marea diversitate a situaţiilor noi sau nedeterminate a făcut necesară şi o diversificare a schemelor şi strategiilor euristice.

A. Moles (1957), încercând o inventariere exhaustivă a lor, s-a văzut nevoit să se limiteze la specificarea doar a câtorva grupe orientative, pentru domeniul creaţiei ştiinţifice, şi anume:

1. *grupa strategiilor*, care se aplică unor teorii deja cunoscute pentru a obţine din acestea efecte noi;

2. *grupa strategiilor de mixtare*, care presupune asamblarea a două teorii, pentru obţinerea uneia noi supraordonate (ex.: în optică: fuzionarea teoriei corpusculare şi a celei ondulatorii în teoria supraordonată a luminii);

3. *grupa strategiilor de revizuire a ipotezelor*, care constă în determinarea validităţii unei teorii sau legi prin reluarea unor experimente sau modificarea şi efectuarea lor în alte condiţii astfel încât să se clarifice, complementar, domeniul şi circumstanţele în care ipoteza dată este valabilă;

4. *grupa strategiilor de stabilire a limitelor*, care se aplică unor concepte opuse sau corelative nedelimitate prin frontiere tranşante;între ele rămâne o zonă vagă, nedeterminată, a cărei explorare devine extrem de profitabilă, putând duce la idei noi (ex., în matematică, între funcţiile periodice şi aperiodice au fost descoperite funcţii cvasiperiodice; aici intră şi principiul interdisciplinarităţii);

5. *grupa strategiilor de formulare a definiţiilor*, la care se recurge când se doreşte a se conferi noţiunilor valenţe operaţionale concrete şi să se decupeze, din realitate, un anumit segment sau latură – schematizarea, reducţia;

6. *grupa strategiilor de transfer* constă în aplicarea unei teorii sau a unui model dintr-un domeniu al cunoaşterii în altul;

7. *grupa strategiilor de practicare a contradicţiilor* – contrazicerea sistematică a teoriilor admise sau a propriei teorii pentru a le testa „rezistenţa", gradul de valabilitate (prin aceasta se evită dogmatizarea unor idei sau aserţiuni);

8. *grupa strategiilor structurale*, prin care se urmăreşte crearea (obţinerea) a ceva nou, respectiv un nou punct de vedere, o nouă *teorie, o nouă paradigmă*.

Aici, se includ, de exemplu: *metoda detaliilor* – orientarea atenţiei către o serie de elemente şi fenomene aparent întâmplătoare, care apar într-un anumit context experimental, care permite să li se dezvăluie o anumită semnificaţie şi să se plaseze într-o arie de relaţii noi, ceea ce poate conduce la o nouă descoperire şi chiar la formularea unei noi teorii; *metoda dezordinii experimentale* sau a experimentului „ce-o fi", „să vedem ce se va întâmpla" – sugerată de Cl. Bernard. Ea constă în aceea că subiectul neavând nici o orientare prealabilă, fără a formula vreo ipoteză sau teorie anume, procedează la un fel de joc intelectual cu cunoştinţele pe care le-a acumulat sau cu diferite mecanisme şi aparate; încearcă diferite variante rezultative, modifică aleator condiţiile, putând astfel ajunge la descoperiri noi sau idei explicative; *metoda matricei de descoperire*; ea porneşte de la tabloul elementelor al lui Mendeleev. Se presupune că într-un astfel de grafic, construit după anumite criterii de ordine, după anumite calcule, pot să apară anumite „căsuţe" libere care aşteaptă să li se găsească referenţialul.

În domeniul arhitecturii, Le Corbusier a imaginat *grila de proiectare*. Aceasta cuprinde o serie de condiţii şi cerinţe ale construcţiei, care apoi sunt completate şi corelate, ajungându-se, în final, la desprinderea modelului dorit.

M. Wertheimer, autorul cunoscutei lucrări „Gândirea productivă", a introdus în mecanismul psihologic al procesării rezolutive, *strategia recodificării*, în lumina căreia orice modificare permite o restructurare şi relevă alte relaţii.

Lui Edm. Husserl i se datorează crearea strategiei euristice, cunoscută sub numele de *reducţie fenomenologică*. Aceasta presupune ca prin vizualizare, obiectul să fie pus, succesiv, în cât mai multe şi variate relaţii, astfel încât să se detaşeze cu mai mare claritate acele forme şi relaţii funcţionale care sunt esenţiale.

În afară de faptul că schemele operatorii de tip euristic se includ în mecanismul psihologic intern al verigii de procesare a învăţării, ele sunt, în cea mai mare parte, rezultatul învăţării, iar metodologia instruirii trebuie să aibă ca obiect permanent formarea şi dezvoltarea, în cadrul fiecărei discipline, a unui repertoriu cât mai bogat de asemenea strategii.

Reţelele cognitive sunt ansambluri logic articulate de cunoştinţe care se activează simultan, după principiul congruenţei, la acţiunea sarcinilor şi situaţiilor complexe de învăţare.

Rolul lor rezidă în crearea de deschideri reciproce şi conexiuni logice între cunoştinţele stocate anterior şi cunoştinţele noi, contribuind la organizarea în sisteme şi subsisteme a tezaurului informaţional general al subiectului (elevului). Ele se structurează, treptat, în cursul ontogenezei şi al procesului de învăţare în şcoală, pe baza schemelor logico-gramaticale ale limbajului (sintactice şi semantice). În lumina modelului cognitivist (Miclea, 1994, Richard şi Richars, 1992, Rumelhart şi Norman, 1985), reţelele cognitive posedă câteva caracteristici importante, în calitatea lor de mecanism de procesare: a) conţin un nod fix şi elemente variabile; b) au caracter integrator, în sensul că posedă elemente ce se includ unele în altele (ex.: <pasăre-vrabie>, <floare-garoafă>, <fruct-măr>, <om-femeie> sau se presupun unele pe altele (ex. <medic-pacient>, <profesor-pacient>, <şef-subaltern>, <tată-fiu>, <frumos-urât>; c) conţin cunoştinţe cu diferite grade de abstractizare, ceea ce face ca sfera lor de aplicabilitate să fie foarte întinsă; d) reprezintă mai multe cunoştinţe decât definiţii şi mai

multe experienţe directe decât abstracte; e) sunt mecanisme active de recunoaştere şi asimilare a noilor fluxuri de informaţii în cursul învăţării.

În sfârşit, ca un ultim „element" component al mecanismului psihologic al verigii de procesare a învăţării, trebuie menţionate *structurile cognitive interpretative*[*].

Ele sunt, prin excelenţă, codificate lingvistic (verbal) şi se împart în *structuri de bază* şi *structuri complexe*. Primele, zise şi *predicative*, se bazează pe conexiunea predicat-argument, predicatul fiind o acţiune sau o stare, iar argumentul specificând obiectele sau agenţii la care se raportează acţiunea sau starea. Structura predicativă este un enunţ minimal care atribuie valoare de „adevăr" sau de „fals". Este implicată în înţelegerea textelor, respectiv a textelor din manualele şcolare (Le Ny, 1979; Denhiere, 1984, Zlate, 1999).

Structurile interpretative complexe se includ în decodificarea şi analiza textelor narative (de istorie, de literatură etc.) şi sunt de trei tipuri: a) *reţele propoziţionale* (constau în stabilirea relaţiilor dintre propoziţii şi se obţin prin aplicarea teoriei grafurilor); b) *macrostructurile* (se obţin prin selectarea şi comprimarea a ceea ce se reţine fiind un rezumat); c) *modelele situaţionale* (o reprezentare a ceea ce se figurează în text, reconstituirea unei scene sau unei situaţii pornind de la un număr mare de elemente neexplicate, acestea trebuind să fie inferate. (Un exemplu elocvent este contituirea unei figuri geometrice care ilustrează rezolvarea unei probleme).

După cum putem observa, veriga de procesare a mecanismului psihologic al învăţării are o componenţă extrem de complexă, care în elementele ei cele mai importante se elaborează în ontogeneză sub influenţa tot a învăţării, în general, a învăţării şcolare, în special. În acest din urmă caz, pe lângă disponibilităţile funcţionale interne ale creierului celui care învaţă, elaborarea componentelor menţionate mai sus depinde de *metoda de învăţare* pe care o aplică instructorul (profesorul).

Esenţial se dovedeşte ca, în cadrul acestei metode, să se insiste nu numai pe ceea ce trebuie să se înveţe, ci şi pe *cum să înveţe*, oferindu-i-se elevului concomitent cu cunoştinţele şi *procedurile* de analiză, prelucrare, interpretare şi operare cu ele.

3. *Veriga mnezică* (stocare – conservare – evocare). În măsura în care rostul şi finalitatea învăţării constă în asigurarea stabilităţii şi funcţionalităţii cunoştinţelor şi experienţelor receptate şi procesate, mecanismul ei psihologic trebuie să includă, în mod necesar, veriga de stocare – conservare – evocare, pe care o numim *mnezică* sau *memorativă*.

Din punct de vedere sistemic-cibernetic, *input*-ul acestei verigi îl reprezintă *output*-ul verigii de procesare. Acesta se prezintă sub două forme generice principale: *structuri informaţionale* şi *structuri procedurale*. În cadrul fiecăruia din cele două tipuri, se delimitează câte două categorii. În cadrul structurilor informaţionale, se disting structuri informaţionale *imagistice* (iconice sau vizuale, ecoice sau auditive, odorifice, olfactive, sipidice sau gustative, somestezice sau tactile) şi *simbolico-lingvistice* (structuri logico-matematice, structuri propoziţionale) transmise pe cale orală sau scrisă. În calitate de conţinuturi ale învăţării, fiecare din cele două tipuri de structuri informaţionale se acompaniază cu o anumită încărcătură emoţional afectivă (pozitivă sau negativă) şi

[*] Ele sunt expresia specificului organizării funcţionale a creierului uman. Acesta nu este numai un sistem de calcul (computaţional), latură exagerat de mult speculată, ci şi un sistem interpretativ şi axiologic.

motivaţională (interesantă – neinteresantă – rejectivă), care va influenţa dinamica celor trei secvenţe – stocarea, conservarea, evocarea.

Structurile procedurale („savoir faire", „know how") se subdivid, la rândul lor, în *interne* sau *mentale* (ex. algoritmi, euristici) şi *externe* sau *motorii* (acţiuni instrumentale, deprinderi).

În cadrul verigii mnezice, structurile informaţionale şi cele procedurale, în pofida legăturii funcţionale, au locaţii sau adrese diferite. Pe această bază, în psihologie, se delimitează, în prezent, trei forme de memorie: *memorie iconică* sau imagistică, *memorie verbală* sau lingvistică şi *memorie procedurală*.

Ca mecanism psihologic al învăţării, veriga mnezică trebuie abordată nu ca un simplu recipient pasiv, ci ca un sistem de operatori activi înalt diferenţiaţi şi specializaţi.

Trebuie recunoscută existenţa a patru categorii de astfel de operatori: a) *operatori de intrare sau de acces* (A); b) *operatori de identificare, indexare, direcţionare*; c) *operatori de supervizare-monitorizare*; d) *operatori de scanare-ecforare*.

a) *Operatorii de intrare/acces* execută asupra output-ului (rezultatelor) verigii de procesare trei genuri de operaţii, şi anume: *operaţia de porţionare* sau *cuantificare*, care constă în determinarea numărului de elemente sau itemi (care pot fi stocaţi odată (ceea ce, în limbaj psihologic, numim *volumul* memoriei), care, după cum se ştie, variază de la un individ la altul, în medie valoarea lui fiind cuprinsă între 7±2 (numărul magic al lui Miller); *operaţia de identificare şi indexare* care constă, pe de o parte, în stabilirea identităţii individuale sau categoriale a elementelor de „intrare" („input") *de novo*, dacă acestea nu au corespondent în tezaurul mnezic deja existent, sau prin concordanţă (similitudine), dacă elementele respective prezintă asemănări cu unele din tezaurul mnezic existent, iar pe de altă parte, în atribuirea de indicatori de locaţie (vorbind figurat, cunoştinţele de fizică vor primi locaţia „F", cunoştinţele de matematică vor primi locaţia „M", cunoştinţele de gramatică vor primi locaţia „G", cunoştinţele de geografie vor primi locaţia „Gf" etc.). Graţie acestei operaţii, tezaurul sau repertoriul mnezic stocat dobândeşte un caracter organizat, sistemic. (Învăţarea devine, astfel, proces de achiziţie a sistemelor de cunoştinţe şi experienţe, şi nu a unor informaţii şi date izolate sau amalgamate după principiul „sacului de cârpe"); *operaţia de direcţionare*, care constă în „transportul" elementelor de „intrare" la locaţiile pentru care au fost destinate în urma identificării şi indexării.

Stocarea posedă şi poate fi evaluată pe baza unor indicatori de *volum* (cantitatea de informaţie înmagazinată), de *intensitate* (gradul de consolidare a materialului învăţat) şi de *fidelitate* (gradul de concordanţă calitativă, între ce s-a stocat şi ce s-a prezentat).

Valoarea acestor indicatori este condiţionată de factori psihofiziologici individuali care ţin de subiectul care învaţă, şi de factori externi – volumul, gradul de structurare şi tipul materialului (obiectul de învăţământ), pe de o parte, de frecvenţa repetiţiilor şi a aplicaţiilor cunoştinţelor şi procedurilor ce trebuie învăţate, pe de altă parte. Din punct de vedere al gradului de activism şi de implicare a subiectului, stocarea se realizează la două niveluri funcţionale: a) *nivelul funcţional involuntar* sau *neintenţionat,* fără existenţa intenţiei şi a scopului – aşa-numita *învăţare latentă*; b) *nivelul funcţional voluntar* sau *intenţionat*, care presupune existenţa scopului de a reţine (memora).

Învățarea organizată, școlară, este structurată și se desfășoară la nivelul funcțional voluntar, intenționat.

Din punct de vedere structural, stocarea se realizează în două forme: a) *forma simplă* și b) *forma complexă*.

Forma simplă are un caracter secvențial și contextual, ea incluzând *obișnuirea* (repetarea de prea multe ori a unuia și aceluiași stimul duce la scăderea receptivității și a atenției față de el), *sensibilizarea* (prezentarea repetată a unor stimuli semnificativi, atractivi, motivanți duce la creșterea receptivității și atenției față de ei) și *întipărirea* (imprinting, reținerea spontană, instantanee a unui stimul sau experiențe care dobândește o semnificație aparte, care le evidențiază în mulțimea celorlalți stimuli sau experiențe, Lorenz, 1941; Bateson, Horn, 1994).

Forma complexă are un caracter sistemic și discursiv, incluzând ansambluri imagistice și serii de structuri simbolico-lingvistice. Aceasta din urmă este proprie întregii învățări școlare.

Conservarea sau *păstrarea* exprimă o capacitate sau determinație esențială a omului ca sistem istoricizat, înalt instruibil, care achiziționează informație și experiență anume pentru uzul ulterior.

Un prim criteriu după care funcționează această componentă importantă a mecanismului psihologic al învățării, este cel al *duratei* (timpului) pe baza căruia au fost delimitate cele două forme de memorie: *memoria de scurtă durată* (MSD) și *memoria de lungă durată* (MLD). (Peterson și Peterson, 1959; Norman, 1969; Tulving și Donaldson, 1972; Baddley, 1990; Bruckner și Tulving, 1995).

Păstrarea în cadrul MSD are o durată până la maximum 10 minute (Norman, 1969; Madigon și McCabe, 1971) și ea se realizează la un nivel superficial, pe baza unor suporturi și coduri biofizice, bioelectrice. Ea este o premisă și, în același timp, o condiție obligatorie pentru realizarea păstrării în cadrul MLD. Așa cum s-a demonstrat exprimental (Peterson și Peterson, 1959; Tulving și Donaldson, 1972) și cum ne arată datele experienței cotidiene, dacă în timpul cât informația se află în MSD asupra subiectului acționează un stimul perturbator, distractor, informația respectivă se șterge, ea nemai ajungând în MLD. Asemenea situații se întâlnesc destul de frecvent în cursul desfășurării învățării în clasă: apariția diverșilor stimuli aleatori, care distrag atenția elevilor de la conținutul lecției, provoacă deconectarea temporară, intermitentă a MSD, ceea ce face ca stocarea, în MLD, să devină lacunară și, implicit, păstrarea va fi fragmentară.

Păstrarea în MLD are o durată ce se întinde între limita superioară a păstrării în MSD (respectiv, 10 min.) și sfârșitul vieții individului.

Aceasta depinde de mai mulți factori: starea funcțională a creierului, tipul și importanța cunoștințelor și procedurilor învățate, frecvența apelării și utilizării celor învățate.

Ca urmare, conservarea (păstrarea) nu este o componentă statică și pasivă, ci una dinamică, activă, în cadrul ei funcționând *două categorii de operatori*, și anume: a) *operatori de monitorizare*, care asigură evidența a ceea ce se află în fiecare moment în tezaurul stocat în MLD și b) *operatori de reașezare – restructurare*, care asigură revizuirea, re-ordonarea și re-integrarea conținuturilor stocate, stabilind și relevând

conexiuni şi semnificaţii. (Materialul învăţat anterior se îmbogăţeşte: *fenomeneul reminiscenţei*).

Din punct de vedere calitativ, păstrarea poate fi *mecanică*, fără a fi însoţită de înţelegerea a ceea ce s-a stocat, şi *logică*, materialul învăţat fiind trecut prin filtrul unor decodări semantice şi interpretative; *completă* sau *incompletă*, fidelă sau eronată, alterată.

Pentru explicarea modului trecerii din „depozitul MSD" în „depozitul MLD" au fost propuse două modele: a) modelul lui Atkinson şi Shiffrin (1968) şi b) modelul lui Broadbent (1984).

Potrivit primului model, informaţia pătrunde mai întâi într-un depozit senzorial, specific unui anumit analizator, să spunem a celui vizual sau auditiv, de unde poate fi transformată, în cazul că reprezintă un obiect al atenţiei, în depozitul MSD, de unde, sub efectul repetiţiei, poate trece direct în depozitul MLD. (fig. 5). Meritul acestui model rezidă în aceea că este simplu şi coerent şi se sprijină pe numeroase date experimentale. Totuşi, i se reproşează faptul că acordă atenţie exclusivă transformărilor şi transferurilor conţinuturilor învăţării şi că veriga mnezică, ca şi învăţarea în ansamblu, rămân în afara conexiunilor cu alte verigi sau componente ale mecanismului psihologic.

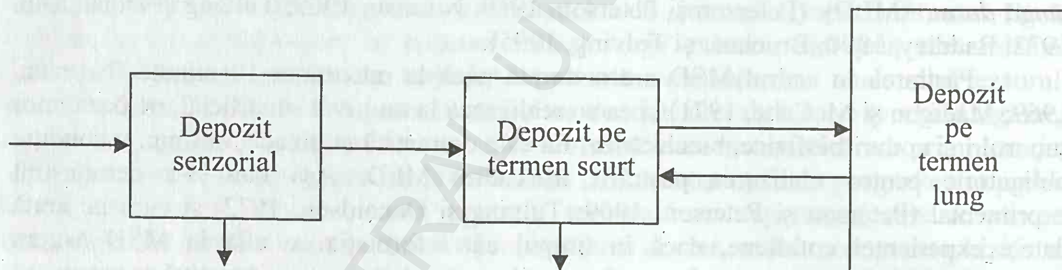


Fig. 5. **Modelul Atkinson – Shiffrin al mecanismului fixării-stocării**

Potrivit celui de al doilea model, în raportul funcţional dintre MSD şi MLD, trebuie acordată o atenţie la fel de mare proceselor centrifuge, respectiv influenţei exercitate asupra fluxurilor informaţionale actuale de către celelalte verigi ale mecanismului psihologic (fig. 6).

Pe primul plan este situată influenţa *atenţiei* şi a *proceselor cognitive*, inclusiv *metacogniţiei* (evaluarea şi controlul, realizate de subiectul însuşi asupra proprie-i activităţi cognitive: astfel, ştim dinainte dacă o învăţare se încadrează sau nu în limitele posibilităţilor noastre, dacă este simplă sau complicată). De aici decurge importanţa deosebită a feedback-ului în procesul de instruire: profesor ↔ elev: profesorul trebuie să

ştie care este starea actuală a elevului, respectiv, cât de accesibilă sau complicată îi apare lui (elevului), ceea ce i se predă la clasă.

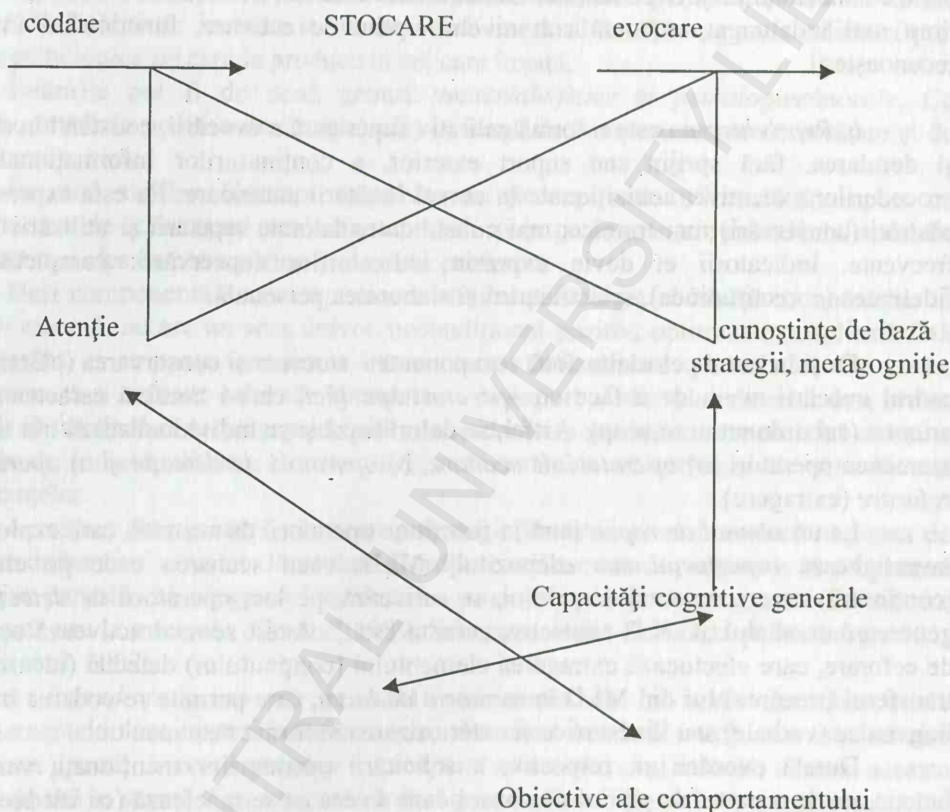


Fig. 6. **Modelul Broadbent: mecanismul verigii mnezice a învăţării**

Evocarea este componenta finală, de „ieşire", a verigii mnezice. Ea reprezintă dimensiunea pe baza căreia devine posibilă aprecierea modului în care s-au realizat celelalte componente – stocarea şi conservarea (păstrarea), atât sub aspect cantitativ (volum, completitudine), cât şi calitativ (fidelitate, corectitudine).

După cum se ştie, esenţa evocării constă în *actualizarea* cunoştinţelor şi procedurilor păstrate în memoria de lungă durată. Iar această actualizare se realizează în două modalităţi (forme): *recunoaşterea* şi *reproducerea*.

a. Recunoaşterea se referă la cunoştinţele şi experienţele, al căror prag de activare este prea ridicat pentru a se putea desprinde şi manifesta independent , prin ele însele, fără un suport exterior. Nu putem relata conţinutul unei întâmplări sau prezenta formula de rezolvare a unei probleme sau definiţia unei noţiuni, dar le recunoaştem dacă ni se prezintă din nou, integral sau în cadrul anumitor elemente-cheie ale lor. O bună parte a cunoştinţelor şi experienţelor achiziţionate anterior, nemaifiind evocate şi utilizate timp mai îndelungat, coboară sub nivelul optim de activare, funcţionând în forma recunoaşterii.

b. Reproducerea este o formă calitativ superioară a evocării, constând în apelarea şi derularea, fără sprijin sau suport exterior, a conţinuturilor informaţionale şi a procedurilor executive, achiziţionate în cursul învăţării anterioare. Ea este expresia unei păstrări (conservări) mai trainice, mai consolidate, datorate repetării şi utilizării lor mai frecvente. Indicatorii ei devin expresia indicatorilor conservării: completitudinea, fidelitatea (corectitudinea), selectivitatea şi elaborarea personală.

Ca şi în cazul celorlalte două componente – stocarea şi conservarea (păstrarea), în cadrul evocării avem de a face cu *operatori specifici*, care-i conferă caracter activ şi orientat (subordonat unui scop). Astfel, se delimitează şi se individualizează trei tipuri de asemenea operatori: a) *operatori de scanare*, b) *operatori de detecţie* şi c) *operatori de ecforare* (extragere).

La un *semnal de rapel*, intră în funcţiune operatorii de scanare, care explorează – investighează *repertoriul* sau „depozitul" MLD; când scanarea cade pe elementul (conţinutul) care corespunde rapelului, se activează, pe loc, operatorii de *detecţie*, care generează semnalul „O.K.", respectiv, „acesta este!". Acest semnal activează operatorii de ecforare, care efectuează extragerea elementului (conţinutului) detectat (identificat) şi transferul (trecerea) lui din MLD în *memoria de lucru*, care permite re-codarea în coduri lingvistice (verbale) sau kinestezice şi exteriorizarea în forma răspunsului.

Durata evocării şi, respectiv, a solicitării operatorilor menţionaţi, variază în funcţie, pe de o parte, de gradul de consolidare a ceea ce se rapelează (cu cât acesta este mai ridicat, cu atât evocarea este mai rapidă şi invers) şi de complexitatea sarcinii (cu cât aceasta este mai mare cu atât şi durata medie a evocării este, la rândul ei mai mare).

În funcţionarea verigii mnezice a mecanismului psihologic al învăţării trebuie incluse alte două componente: *fenomenul inducţiei seriale* şi *fenomenul mnemotehnic.*

Primul constă în influenţa inhibitorie a elementelor de la începutul seriei de învăţare asupra elementelor următoare, pe de o parte, şi în influenţa inhibitorie a elementelor de la sfârşitul seriei de învăţare asupra elementelor anterioare. (În psihologie, acest fenomen este cunoscut sub denumirea de „efectul listei").

Cel de al doilea constă în procedeele (mnemotehnicile) pe care cel care învaţă şi le elaborează şi la care recurge pentru a asigura stocarea şi păstrarea (reţinerea) materialului de învăţare.

4. *Veriga de stimulare-susţinere energetică.* Ca orice formă de activitate, învăţarea presupune existenţa în cadrul mecanismului său psihologic a verigii stimulator-energetice, de susţinere, atât din *exterior*, cât şi din *interior*. Această verigă este

reprezentată de *motivaţie* şi *afectivitate* (ambele fiind strâns legate, formând o unitate funcţională indisociabilă).

În plan extern, veriga respectivă este concretizată în sistemul de *întăriri* (recompense şi pedepse) pe care şcolarul le primeşte din partea *familiei, a şcolii* şi a colegilor de clasă, în funcţie de atitudinea şi comportarea în cadul lecţiilor şi de performanţele obţinute şi obiectivate în calificative sau note. Deşi acţionează din afară, sistemul de întăriri se include în mecanismul intern al învăţării, prin modificările şi efectele psihologice pe care le produce în cel care învaţă.

Întăririle pot fi de două genuri: *materiale/fizice* şi *psihologice/morale*. Ca principiu, întăririle pozitive (recompensele) se leagă de comportamente de învăţare şi de performanţe optime.

În mod similar, întărirea negativă sau pedeapsa se utilizează în raport cu comportamentele de învăţare recalcitrante, rebele şi cu performanţele sub nivelul acceptat şi aşteptat mai ales de către părinţi şi de către profesori.

Deşi componentă necesară a mecanismului psihologic al învăţării, motivaţia, în forma ei externă, nu are un sens univoc necondiţionat pozitiv, optimizator. Aplicată fără discernământ, ea se poate transforma într-un factor defavorizant, perturbator. De aceea, pentru ca ea să-şi exercite rolul său stimulator – de suport al efortului elevului de a învăţa – trebuie să satisfacă criteriul şi principiul concordanţei şi gradaţiei, care reclamă a se ţine cont atât de individualitatea elevului, cât şi de valoarea obiectivă şi de semnificaţia performanţelor.

Aceasta a determinat ca în neuropsihologia învăţării să se introducă noţiunea de „program de întărire". Au fost formulate şi propuse trei asemenea programe: a) programul de întărire parţială; b) programul de întărire proporţională şi c) programul de întărire intermitentă sau la intervale (Gordon, 1989; Schwartz, 1989; Schwartz şi Reisberg, 1991; Atkinson et al. 2002).

a. *Primul program* are la bază constatarea că în viaţa de toate zilele comportamentele sunt rareori întărite; numai din când în când, rezolvarea unei sarcini dificile este urmată de recompensă şi nu neapărat materială, ci şi morală, adesea, aceasta trecând neluată în seamă. Se consideră că dacă procesul condiţionării operante ar avea loc numai în condiţiile unei întăriri continue, atunci ea ar avea un rol destul de limitat în procesul adaptării şi integrării noastre profesionale şi sociale. Se constată că, dimpotrivă, un comportament, o dată stabilizat, poate fi menţinut chiar şi atunci când este întărit doar *parţial* (întărire parţială).

În raport cu învăţarea şcolară, noţiunea de întărire parţială reclamă ca antrenarea copilului într-un efort independent şi susţinut în îndeplinirea obligaţiilor sau sarcinilor de învăţare şi de conduită, întărirea din afară nu trebuie să fie integrală, ci doar parţială.

b. *Cel de al doilea program* determină *modelul răspunsurilor*. Aceasta înseamnă că întăririle (recompensele) depind de numărul de răspunsuri date de subiect. Proporţia întăririi pozitive poate fi fixă sau variabilă. În primul caz, numărul de răspunsuri care trebuie obţinute este fixat la o anumită valoare. De exemplu, dacă părinţii doresc ca fiul (fiica) lor să obţină note peste 8 la trei discipline – matematică, lb. română, fizică – atunci valoarea recompensei se stabileşte la 3 ($R_f = 3$); dacă, dimpotrivă, se pune condiţia de a obţine note peste 8 la 5 discipline, atunci valoarea recompensei va creşte proporţional la 5 ($R_f = 5$) ş.a.m.d. La aceeaşi valoare fixă a recompensei (ex. $R_f = 5$), numărul răspunsurilor

pe care elevul trebuie să le dea pentru a o obţine poate fi crescut de la 5 la 8 sau 10, să spunem.

În cazul al doilea, de întărire proporţională variabilă (R_v), recompensa se administrează după un anumit număr de răspunsuri (reuşite), însă acest număr este variabil: într-un program (R_v), numărul de răspunsuri (reuşite) necesar, pentru administrarea recompensei este, în medie, de 3, dar alteori doar de 1, iar alteori de 10.

Dacă în programul cu recompensă fixă (R_f) apar anumite pauze (scăderi) în curba răspunsurilor, în programul cu recompensă variabilă (R_v) asemenea pauze sunt preîntâmpinate. Aici, subiectul (în cazul nostru – elevul) nu are posibilitatea să prevadă şi să determine la al câtelea succes (notă bună) va obţine recompensa, ceea ce face ca el să persiste în strădania de a realiza performanţe ridicate.

c. *Cel de al treilea program* de *întărire la intervale* presupune că recompensa se administrează după trecerea unui anumit timp, a cărui durată poate fi *fixă* sau *variabilă*. În primul caz, elevul primeşte o recompensă după primul succes obiectivat printr-o notă mare, iar recompensa următoare o va primi numai după trecerea a două săptămâni sau 30 de zile, indiferent de numărul de note mari obţinute. Caracteristica acestui program constă în aceea că el favorizează apariţia unor pauze (scăderi ale curbei performanţei), imediat după primirea recompensei, care se atenuează şi dispar pe măsura scurgerii intervalului până la următoarea recompensă.

În cazul programului cu intervale variabile (R_v) recompensa va depinde de asemenea, de expirarea unui interval de timp, însă durata acestuia nu este previzibilă pentru subiect (elev). Într-un program cu interval mediu de 30 de zile, duratele intervalelor individuale iau valori diferite, de exemplu, 10 zile, 20 de zile, 30 de zile, 40 de zile, 50 de zile. Se constată că un asemenea program asigură o stabilitate mai mare a curbei învăţării.

De obicei, recompensa sau întărirea pozitivă se acordă de către părinţi, şi chiar de către profesori, numai în cazul când elevul obţine performanţe şcolare ridicate şi mai niciodată şi în cazul elevilor care obţin rezultate slabe. Din punct de vedere psihofiziologic, acest mod de a proceda nu este necondiţionat corect sau adecvat. În anume situaţii individuale, recompensa trebuie să se acorde şi elevilor care întâmpină dificultăţi şi înregistrează rezultate mai slabe.

S-a demonstrat, experimental, („bomboana amară") că discordanţa dintre un act comportamental (în sine negativ) şi evaluarea/întărirea lui pozitivă de către instructor determină la cel care o primeşte un fenomen de „criză de conştiinţă" în plan moral, care are efecte corectoare, care îi şi schimbă atitudinea faţă de solicitările ulterioare.

Pedeapsa sau *întărirea negativă*, cea de a doua componentă a motivaţiei externe care se implică în mecanismul învăţării, se administrează în scopul determinării elevului să-şi schimbe atitudinea de indiferenţă sau de delăsare faţă de sarcinile de învăţare şi să obţină performanţe mai bune (uneori pretenţiile şi aşteptările părinţilor sunt exagerate, ignorând eventualele limite obiective ale capacităţii de percepere, înţelegere şi reţinere ale copilului). Ca şi întărirea pozitivă, întărirea negativă se realizează în formă materială (lipsirea de anumite lucruri sau obiecte dorite), fizică (bătaie) şi psihologică (mustrare, calificative lezante, de genul „incapabil", „prost", „leneş", „indolent", „derbedeu").

Cu toate că pedeapsa, ca stimul corector, poate duce la eliminarea unui comportament nedorit, ea prezintă şi unele dezavantaje importante, de care un părinte sau

un profesor trebuie neapărat să ţină seama. Primul dintre acestea este faptul că efectele sale nu sunt predictibile, în aceeaşi măsură cu cele ale recompensei, solicitarea esenţială a recompensei este „Repetă ceea ce ai făcut" sau „Ţine-o tot aşa", pe când a pedepsei este „Nu mai face asta", „Să nu mai iei o notă proastă", fără a oferi o alternativă. Ca urmare, unii din elevii pot să dea rezultate mai proaste decât cele pentru care au fost sancţionaţi. (teama de pedeapsă, intensificându-se, va crea blocaje emoţionale pentru cursul ulterior al activităţii de învăţare). Un al doilea dezavantaj constă în existenţa riscului ca în timpul condiţionării aversive să apară efecte negative: antipatie faţă de persoana care aplică sancţiunea (părinte, profesor) sau chiar faţă de situaţia în care s-a aplicat pedeapsa (familie, şcoală); asemenea efecte pot monta funcţionarea mecanismului motivaţional într-un registru obstructiv, ducând la accentuarea atitudinii rejective faţă de sarcinile de învăţare. În fine, un al treilea dezavantaj al tratamentului punitiv este dat de faptul că un caracter extrem sau dureros al pedepsei poate avea ca rezultat accentuarea comportamentului agresiv, care este o problemă mult mai gravă decât cu alte comportamente indezirabile.

Cu toate aceste riscuri, componenta punitivă nu trebuie şi nu poate fi exclusă complet din strategia modelării dezirabile a integrării elevului în activitatea de învăţare. Se cere, însă, ca această componentă să nu depăşească, prin severitate, şi frecvenţă, „fâşia de toleranţă" afectiv-reactivă a copilului şi să fie alternată cu întărirea pozitivă după orice schimbare în bine a comportamentului de învăţare.

În afară de recompensă şi pedeapsă, care acţionează ca factori motivaţionali direcţi prin valoarea lor de semnalizare proprie, în structura mecanismului motivaţiei externe a învăţării trebuie să includem şi factorii contextuali, a căror semnificaţie se determină indirect prin efectul emoţional al modului de percepere şi interpretare de către copil. Cel dintâi dintre aceştia este însuşi contactul cu şcoala şi cu mediul şcolar, care, în funcţie şi de conţinutul lui (mai afectuos sau mai rece, mai primitor, securizant sau mai rigid şi stresant) poate impresiona plăcut, producând efecte emoţionale pozitive ce stimulează plăcerea de a merge la şcoală şi dorinţa de a învăţa sau, dimpotrivă, neplăcut, producând efecte emoţionale negative, care stimulează teama şi aversiunea faţă de şcoală şi faţă de sarcinile de învăţare (Adaptarea la mediul şcolar este un proces psihofiziologic complex, care ridică multe probleme atât pentru părinţi, cât şi pentru profesori, pe care nu întotdeauna reuşesc să le identifice şi să le rezolve la timp şi în mod eficient). Un al doilea factor contextual important îl constituie profesorul şi stilul, respectiv, metoda pe care o utilizează în relaţionarea cu clasa de elevi şi în predarea cunoştinţelor.

Persoana profesorului poate fi percepută pozitiv, empatic de către un elev sau altul, ceea ce are efect motivaţional stimulativ, sau negativ, antipatic, ceea ce va constitui un factor de blocaj în activitatea de învăţare. La rândul ei, metoda de instruire poate produce creşterea atractivităţii şi inteligibilităţii cunoştinţelor furnizate şi, implicit, a interesului elevului pentru asimilarea acestora sau, dimpotrivă, repulsie, iritare şi, implicit, scăderea interesului pentru învăţare. Subiectivismul, tratamentul şi relaţionarea preferenţială cu elevii sunt, de asemenea, factori cu efecte motivaţionale negative pentru eficienţa învăţării la nivel individual.

Un ultim factor contextual, cu rol motivaţional pozitiv sau negativ, îl constituie remarcile şi observaţiile încurajatoare, amicale sau ironice, zeflemitoare, descurajante. Distribuţia simpatiilor şi antipatiilor în interiorul colectivelor şcolare (din clase), poziţiile

ocupate de fiecare elev în psihosociogramă devin indicatori importanţi pentru evaluarea direcţiilor în care acţionează factorul respectiv.

Din punct de vedere psihologic, se estimează că, deşi inevitabilă, motivaţia externă este insuficientă pentru stimularea şi susţinerea pe timp nelimitat a activităţii de învăţare. Dimpotrivă, se cere ca educatorii să acţioneze consecvent pentru trecerea treptată a acestora pe mecanismul *motivaţiei interne*. Într-adevăr, aceasta reprezintă forţa motrice principală, nu numai a activităţii de învăţare, ci a oricărei alte forme de activitate. În cazul învăţării, motivaţia internă nu este omogenă şi unidimensională. În cadrul ei, la o primă analiză, se delimitează *două forme*: *forma internă bazală, de fond*, şi forma *intrinsecă* (secundară). (Aici termenul „intern" se referă la faptul că forma respectivă de motivaţie îşi are „locaţia" în structura personalităţii, în vreme ce termenul „intrinsec" se referă la forma motivaţiei care are „locaţia" în structura însăşi a activităţii de învăţare.).

Motivaţia internă bazală este concentrată în ceea ce în mod obişnuit numim *curiozitate* sau instinctul curiozităţii – expresie a foamei de informaţie a creierului, a caracterului lui de *mecanism epistemic*. Această formă de motivaţie este cu atât mai activă şi mai prelungită, cu cât individul se află la o vârstă mai fragedă (copilăria, adolescenţa), adică atunci când creierul se află în deficit mai mare de informaţie. Acţionând din interior, curiozitatea determină copilul să se deschidă spre mediul înconjurător, fiind atras de tot ce e nou şi să pună necontenit întrebări adultului, dorind astfel să afle, *să ştie* şi să-şi înlăture starea de incertitudine, de nesiguranţă în care se află. Or, învăţarea pe care o oferă şi o organizează şcoala vine tocmai în întâmpinarea acestei nevoi şi curiozităţi. Dar faptul că ea se desfăşoară într-un *cadru formal*, impus, sensibil diferit de cadrul în care se desfăşura înainte în relaţia cu părinţii şi în activitatea de joc o limitează şi îi reduce din vivacitate. Copilul se confruntă cu diverse exigenţe şi dificultăţi care-i solicită efort, perseverenţă şi concentrare, care-l obosesc şi-i crează stări psihofiziologice de disconfort. Perpetuată, în timp, o asemenea situaţie poate duce la slăbirea curiozităţii iniţiale şi la o anumită dezamăgire şi insatisfacţie. De aceea, pe fondul ei trebuie să germineze şi să se structureze motivaţia internă secundară. Aceasta se individualizează şi se manifestă în forma intereselor de cunoaştere, al căror rol constă în menţinerea legăturii active a elevului cu diferitele obiecte de învăţământ. Se ştie că, din punct de vedere psihologic, la început interesele de cunoaştere au un caracter difuz şi instabil (insuficient consolidat), dar, treptat, în funcţie de metoda didactică şi de tactul pedagogic al dascălului, ele se diferenţiază, devenind totodată selective (potrivit cercetărilor, între 14–16 ani, W. J. Atkinson, T. N. Feather, 1966; D. O. Hebb, 1972; I. Radu, 1974; B. Zörgö, 1983).

Diferenţierea şi specializarea (selectivitatea) intereselor de cunoaştere duce, în multe cazuri, la crearea unui conflict între cerinţa oricărui profesor ca fiecare elev să acorde atenţie maximă disciplinei pe care o predă şi elev, care manifestă interese inegale pentru obiectele de învăţământ.

Pe baza diferenţierii şi stabilizării intereselor, se dezvoltă cea de a doua componentă a motivaţiei interne, şi anume, *atitudinea faţă de învăţare*. În cazul în care interesele în loc să evolueze şi să se stabilizeze se *tocesc*, se slăbesc, atitudinea faţă de învăţare va fi *negativă*, elevul desconsiderând importanţa şcolii şi învăţării şcolare. (Din păcate, auzim astăzi destul de frecvent la unii gimnazişti şi mai ales la liceeni, afirmaţii de genul „nu-mi este necesar şi util ceea ce-mi oferă şcoala!")

În majoritatea cazurilor, însă, interesele de cunoaştere se diferenţiază şi se stabilizează, favorizând formarea unei *atitudini pozitive* faţă de învăţare, care va stimula şi susţine preocuparea şi efortul elevului pentru însuşirea cunoştinţelor la toate disciplinele, chiar dacă unele sunt preferate altora.

În fine, a treia componentă importantă a motivaţiei interne secundare a mecanismului psihologic al învăţării trebuie considerată *aspiraţia*, care reflectă, pe de o parte, gradul de maturizare a structurii personalităţii elevului iar, pe de altă parte, exprimă obiectivul profesional şi social spre care tinde.

Cu cât cele trei componente sunt mai bine elaborate şi corelate într-o formulă mai sinergică, putem spune că eficienţa şi calitatea de ansamblu a învăţării se vor ridica la valori mai înalte, şi invers.

Mai trebuie să menţionăm că în mecanismul psihologic al învăţării intră şi conflictul motivaţional, care se poate manifesta atât în cursul activităţii şcolare, datorită unor valenţe egale ale diferitelor discipline (valenţe pozitive, valenţe negative), cât şi la sfârşitul unui ciclu de instruire, când trebuie făcută o opţiune pentru următorul profil de şcoală sau pentru o anumită profesie.

Aici, devine necesară consilierea psihologică. Există, după cum a demonstrat K. Lewin (1972), trei tipuri de conflict motivaţional:

1). *atracţie-atracţie* (ambele obiecte posedă valenţe pozitive de intensitate relativ egală);

2). *respingere-respingere* (ambele obiecte posedă valenţe negative de forţă relativ egală);

3). *atracţie-respingere* (un obiect prezintă valenţe pozitive, altul – valenţe negative).

Consilierea psihologică se dovedeşte cea mai dificilă în cazul primului conflict, întrucât este mai complicat să convingi subiectul să renunţe la un obiect (domeniu) şi nu este sigur că cel recomandat este mai avantajos, decât cel nerecomandat.

Motivaţia intrinsecă se structurează şi se include mai târziu, în ontogeneză, în structura mecanismului învăţării decât motivaţia internă globală, fiind generată de *efectele pozitive*, de satisfacţie, bucurie, împlinire, autorealizare ale înseşi conţinuturilor activităţii de învăţare. Interesele de cunoaştere generale, specializându-se şi cristalizându-se pe matricea procesului de învăţare, se transformă, treptat, în trebuinţă şi plăcere de a învăţa. Ca urmare, învăţarea îşi va găsi forţa propulsoare în ea însăşi, putându-se desfăşura fără a mai avea nevoie de surse şi suporturi motivante din afară (P. Golu, 1967,1973; B. Zörgö, 1983; I: Dumitru, 2001). Comparativ cu motivaţia externă sau cu cea globală internă, care, aşa cum am arătat în timp, se poate toci sau slăbi, motivaţia intrinsecă se menţine pe termen lung, sporind eficienţa de ansamblu a învăţării. De aceea, cerinţa pe care trebuie s-o împlinească orice profesor, în cadrul materiei pe care o predă, este de a asigura trecerea de la motivaţia externă şi internă difuză la *motivaţia intrinsecă*, structurată şi stabilă. (fig. 7).

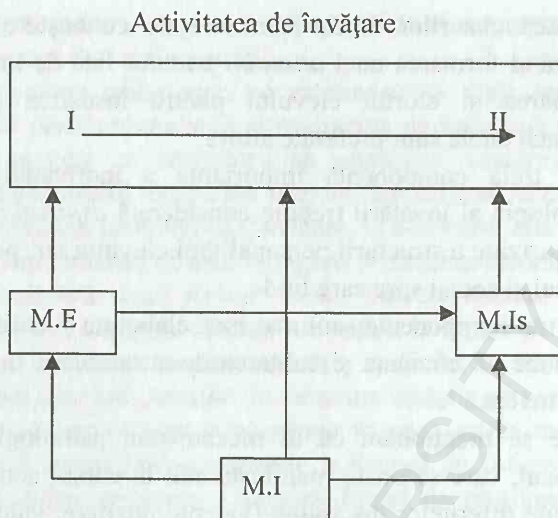


Fig. 7. **Componentele motivaţionale ale învăţării. I – etapa I; II – etapa a II a (trecerea pe motivaţia intrinsecă); M.E. – motivaţia externă; M.I. – motivaţia internă globală; M.Is – motivaţia intrinsecă specifică.**

Cea de a doua componentă esenţială a verigii de stimulare şi susţinere a mecanismului psihologic al învăţării este cea emoţional-afectivă.

Prin poziţia ei în cadrul sistemului psihic, afectivitatea acompaniază şi devine o latură inalienabilă atât a cogniţiei, respectiv a cunoştinţelor, cât şi a motivaţiei, fie că aceasta este de sorginte externă sau internă.

În primul rând, există emoţia incertitudinii legată de lipsa sau deficitul de informaţie; ea activează motivaţia de orientare-explorare care, la rândul ei, declanşează, direcţionează şi susţine procesele cognitive specifice de captare, prelucrare şi stocare a informaţiei de natură să reducă sau să înlăture starea iniţială de incertitudine.

În al doilea rând, există emoţia generată de disonanţa cognitivă (L. Festinger, 1957) care stimulează activitatea de căutare–învăţare specifică pentru a înlătura „conflictul" şi a pune în *consonanţă* informaţiile, ideile noi cu cele acumulate anterior.

În al treilea rând, emoţiile, respectiv trăirile *pozitive* (satisfacţie, bucurie, plăcere intelectuală) pe care le determină conţinuturile învăţării proprii diferitelor discipline, care stârnesc interesul şi apetitul informaţional al elevilor, şi de cealaltă parte, emoţiile şi trăirile negative sau repulsive, determinate de acele conţinuturi ale învăţării, care, prin natura lor, sau datorită caracterului inadecvat al metodei profesorului, în loc de interes, atracţie provoacă aversiune, ură.

În fine, în al patrulea rând, există emoţiile consubstanţiale motivaţiei, atât celei externe, cât şi celei interne: celei pozitive, îi corespund emoţii pozitive care prin feedback amplifică efortul elevului în activitatea de învăţare; celei negative îi copespund emoţii negative (iritare, tensiune, teamă, frică, ură) care, de asemenea, prin feedback, îndepărtează elevul de activitatea de învăţare, devenind unul din factorii psihologici importanţi ai eşecului şcolar.

O învăţare optimă, cu adevărat eficientă, nu se poate realiza decât pe fondul unor stări emoţionale pozitive. Frica (de şcoală în general, de profesor, de sancţiunile părinţilor etc.) nu acţionează decât ca un paleativ şi pe termen scurt. A merge la şcoală cu plăcere, cu bucurie, cu încredere în sine acţionează din start ca un factor stimulator pe termen lung.

5. *Veriga de reglare.* Ca activitate eterogenă prin conţinuturi, obiective, cerinţe etc. şi prin complexitate crescândă de-alungul ciclurilor şi nivelurilor în care este organizată, structurată, învăţarea nu poate să nu includă în mecanismul său psihologic o verigă reglatoare. (În general, prin reglare înţelegem un ansamblu de acţiuni care se aplică unui obiect-sistem pentru a-l trece dintr-o stare iniţială inadecvată sau nedorită într-o stare finală adecvată sau dorită). Mecanismul reglator se poate afla în afara sistemului şi atunci reglarea, se numeşte externă, sau în interiorul sistemului, caz în care reglarea se numeşte internă. Dacă unitatea de comandă primeşte înapoi informaţie despre efectul acţiunilor generate (feedback) avem de a face cu *reglarea de tip închis* (autoreglare), dacă nu primeşte asemenea informaţie, avem de a face cu o *reglare de tip deschis*.

Reglarea, respectiv, autoreglarea se pot realiza în sisteme diferite şi la niveluri structural-funcţionale diferite. Modul de desfăşurare a procesului de învăţământ în şcoală se întemeiază integral pe o schemă de autoreglare, atât la nivelul clasei, cât şi la nivel individual.

În primul caz, relaţia profesor–clasă se desfăşoară în dublu sens: profesorul se află în rolul de *bloc de comandă* (reglator), care emite acţiuni (fluxuri de cunoştinţe şi întăriri), iar clasa se află în rolul de *obiect* al reglării (reglabil) care primeşte acţiunile reglatorii ale profesorului, modificându-şi starea de la „neinstruit" la „instruit", de la „ignoranţă" la „cunoaştere-înţelegere". Răspunsurile obţinute la întrebările de control devin informaţie de edificare (feedback) pentru profesor, care, evaluându-le, alege măsurile potrivite pentru corectare sau confirmare–consolidare. Cu cât acest feedback funcţionează mai bine, cu atât eficienţa actului de instruire va fi mai ridicată şi invers.

La nivel individual, mecanismul psihologic de reglare este reprezentat de trei entităţi principale: *limbajul*, *atenţia* şi *voinţa.* Acestea se află într-o relaţie funcţională dinamică şi integrativă.

La început, în primii trei ani de viaţă, acest mecanism începe să se contureze, funcţionarea lui având un caracter instabil şi predominant spontan, automat.

Prima entitate, care-şi evidenţiază eficienţa reglatoare, este limbajul, cuvântul extern (A.R. Luria, 1959; 1962; E. Homskaia,, 1970; K. Pribram, 1973).

Ulterior, după 3 ani şi 6 luni, se structurează, treptat, prin includerea copiilor în activităţi de joc şi de învăţare cu obiective şi consemne obligatorii, se structurează *voinţa*, ca factor reglator intenţionat, care mobilizează şi susţine (hotărâre, perseverenţă, fermitate etc.) resursele şi disponibilităţile mentale şi energetice în direcţia surmontării sarcinilor de învăţare.

În şcoală, sarcinile respective sporesc continuu în complexitate şi dificultate, voinţa fiind solicitată tot mai intens. Cu cât schemele ei funcţionale, în special verigile deciziei, hotărârii şi execuţiei, se vor situa la un nivel mai înalt, cu atât activitatea de învăţare a elevului va fi mai eficientă, şi invers.

Adjectivele „silitor" și „delăsător" sau „leneș" exprimă, de fapt, tocmai gradul de dezvoltare și implicare a componentei volitive în mecanismul psihologic intim al activității în general, al activității de învățare, în special.

Cea de a treia entitate a verigii de reglare a învățării – *atenția* – pe măsură ce se integrează în schemele intențional-volitive și se tranformă din *involuntară* în *voluntară*, prin efectele ei de activare și *focalizare,* asigură condițiile psihofiziologice optime pentru receptarea și procesarea cunoștințelor, indiferent dacă sursa lor o reprezintă profesorul sau manualul.

Se recunoaște că unul din factorii ce țin de elev, cu influență directă asupra destinului învățării, este *atenția* – stabilitatea, concentrarea, mobilitatea ei. Buna funcționare a atenției este un factor de optimizare a învățării; proasta funcționare sau slăbiciunea ei acționează ca factor profund perturbator.

Fiziologic, dezvoltarea *atenției voluntare* depinde de vârsta elevului și de gradul de maturizare a structurilor neocorticale, în special a celor din lobii frontali. Așa se face că la vârsta școlară mică, îndeosebi în clasele I și a II-a, durata concetrării optime a atenției este semnificativ mai redusă (20′ în cadrul unei lecții) decât la elevii de vârstă școlară medie (gimnaziu) și de vârstă școlară mare (liceu). Potrivit, studiilor actuale de neuropsihologie (Botez, 1996; Delacour, 2001; Dănăilă, Golu, 2006), maturizarea schemelor atenției voluntare se întinde până la vârsta de 18–20 de ani.

După cum a demonstrat J.P. Pavlov (1923), elaborarea mecanismului atenției voluntare depinde în mod esențial de dinamica proceselor nervoase fundamentale – excitația și inhibiția – de raportul de forță dintre ele. Genetic, în general, excitația se afirmă înaintea inhibiției și predomină asupra acesteia. Ca urmare, problema reglării comportamentului, ține de dezvoltarea forței inhibiției prin trecerea ei de la forma necondiționată la *forma condiționată*. Or, aceasta nu se poate realiza la copil decât în contextul unor situații și sarcini care reclamă, întârzierea răspunsului, amânarea răspunsului, blocarea răspunsului, alternarea răspunsurilor (frânele condiționate etc). Un rol important în acest „antrenament" îl au *întăririle* (pozitive și negative) din partea adultului.

În cazul anumitor deficite structural-funcționale ale creierului (debilitatea mintală, sindromul ADHD), posibilitatea dezvoltării inhibiției condiționate și, implicit, a autoreglării voluntare, îndeosebi în sfera atenției, este serios limitată.

În cadrul verigii reglatoare, rolul activ principal revine cuvântului, care, în forma comenzilor și autoîntăririlor specifice („Vreau – nu vreau", „trebuie – nu trebuie", „acționez – „mă abțin", „insistă!", „persistă!", „mobilizează-te!", „să fiu atent!", „să mă concentrez!", „am procedat bine!", „am procedat rău!", „să nu mai fac asta!", „să fiu mai curajos!", „să fiu mai înțelegător!", „să-mi susțin ferm opinia!" etc. etc.) antrenează și susține atât funcționarea atenției, cât și a voinței.

Voința, o dată activată și dirijată verbal, reglează, modulează funcționarea celorlalte patru verigi – veriga de recepție, veriga de procesare, veriga mnezică și veriga de stimulare – susținere (afectiv-motivațională) (fig. 8).

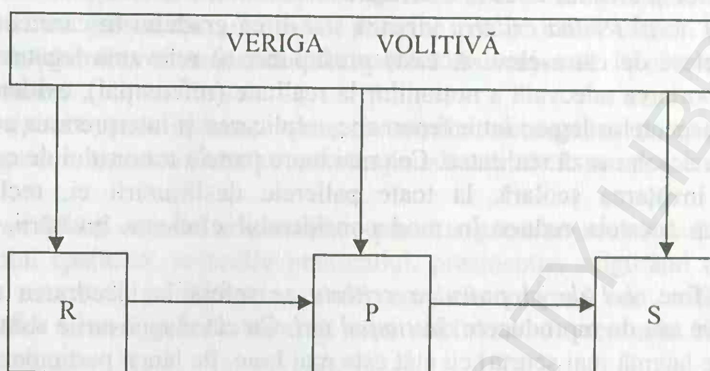


Fig. 8. **Reglarea voluntară a procesului de învăţare**
R – veriga de recepţie; P – veriga de procesare; S – veriga de stocare pe termen lung

6. *Veriga de testare*. Această verigă trebuie să fie inclusă, în mod obligatoriu, în mecanismul psihologic al învăţării, prin intermediul ei verificându-se corectitudinea şi eficienţa funcţionării verigilor prezentate anterior. Ea este activată fie din afară, de către instructor (profesor), fie de către elev însuşi, ca *autoverificare*, şi se realizează în două forme: *forma recunoaşterii – reproducerii* şi *forma aplicării instrumentale*. În primul caz, testarea se efectuează pe baza următoarelor criterii: criteriul completitudinii, criteriul fidelităţii, criteriul gradului de înţelegere şi criteriul promptitudinii.

Primul criteriu se referă la raportul de volum (cantitativ) dintre materialul recunoscut sau reprodus (R) şi materialul prezentat iniţial spre a fi reţinut (O), valoarea lui fiind egală cu

$$V = \frac{R}{O},$$

respectiv, $0 \leq C \leq 1$, zero semnificând că din materialul prezentat nu s-a reţinut nimic, ceea ce se poate întâmpla în cazul unei uitări totale, iar 1 semnificând că materialul prezentat este recunoscut sau reprodus integral. În raport cu anumite conţinuturi ale învăţării cognitive sau motorii, reproducerea trebuie să fie integrală (ex. algoritmi, formule, definiţii, denumiri etc. sau mişcări instrumentale ce trebuie să alcătuiească o anumită deprindere sau procedeu de acţiune).

Cel de al doilea criteriu se referă la gradul de concordanţă pe linie de conţinut între ceea ce s-a prezentat spre învăţare şi ceea ce s-a recunoscut, respectiv, reprodus. Notând cu $\underline{C}$ – conţinuturile prezentate şi cu $\underline{C}^x$ – conţinuturile reproduse, fidelitatea (F) va fi:

$$F = \frac{\underline{C}^x}{\underline{C}},$$

adică o valoare cuprinsă, ca şi completitudinea, între zero şi 1. (Nereperarea discordanţelor şi erorilor duce la o învăţare lacunară, ineficientă).

Cel de al treilea criteriu vizează stabilirea gradului în care cunoştinţele stocate sunt şi înţelese de către elev. Aceasta presupune: a) relevarea legăturilor logice dintre noţiuni, raportarea adecvată a noţiunilor la realitate (referenţial), evidenţierea legăturilor cauzale şi aspectelor legice între fenomene, explicarea şi interpretarea conţinuturilor care reflectă sau desemnează realitatea. Cea mai mare parte a tezaurului de cunoştinţe pe care-l vizează învăţarea şcolară, la toate palierele desfăşurării ei, reclamă înţelegerea. Nerealizarea acesteia reduce în mod considerabil eficienţa învăţării, care devine pur formală.

În fine, *cel de al patrulea criteriu* se referă la încadrarea răspunsurilor (de recunoaştere sau de reproducere) în *timpul util*. Cu cât răspunsurile sunt mai prompte (au perioade de latenţă mai scurtă) cu atât este mai bine. Pe lângă particularităţile individuale legate de raportul mobilitate–inerţie, promptitudinea este condiţionată de *trăinicia consolidării* şi *păstrării* (cu cât o informaţie este mai puternic consolidată în memoria de lungă durată, cu atât reactualizarea ei este mai promptă, şi invers).

Testarea prin aplicare instrumentală constă în stabilirea modului în care cunoştinţele stocate sunt folosite şi valorificate în rezolvarea diferitelor situaţii problematice, cu caracter teoretic abstract sau situaţional-concret. Aici avem de a face cu ceea ce putem numi *practibilitatea cunoştinţelor* însuşite. Aceasta se referă la *ce* şi *cât* se poate face cu o *noţiune*, cu o *formulă*, cu un model teoretic, cu o schemă etc. De exemplu, cu cât pe baza unei cunoştinţe sau formule elevul poate rezolva mai multe tipuri de situaţii cu atât ele posedă o practicabilitate mai mare şi invers. Sfera de practicabilitate este determinată din afară de profesor prin varierea exerciţiilor şi exemplelor după criteriile *relevanţei* şi *reprezentativităţii*, iar din interior, de operaţiile *generalizării concordante* (susţinută prin criteriul comunalităţii) şi *transferului specific* şi *analogic*.

7. *Veriga de validare* constă în compararea pe baza feedback-ului extern (al elevului însuşi) a rezultatului verigii de testare cu obiectivele sau etalonul. Ea conţine doi operatori principali: a) *operatorul de concordanţă/confirmare,* care conferă conţinuturilor stocate statutul de corectitudine şi valabilitate şi b) *operatorul de discordanţă sau de eroare*, care generează măsuri de corectare, completare, restructurare. Fără ea, activitatea de învăţare s-ar desfăşura „în orb”, fiindu-i afectată eficienţa şi finalitatea.

Raporturile funcţionale dintre verigile prezentate mai sus iau configuraţii diferite în cadrul mecanismului psihologic al învăţării în funcţie de particularităţile individuale ale elevilor şi de tipologia situaţiilor şi formelor de învăţare (senzorială, motorie, sensorio-motorie, conceptuală, figurală, simbolic-verbală), dar prezenţa fiecăruia este obligatorie, indinspensabilă.

B. *Componenta neurofiziologică a mecanismului învăţării.* Evident, aceasta este o componentă de bază, *hard*-ul activităţii de învăţare. Creierul este organul învăţării, ca şi al verigilor psihice ale structurii ei.

Mecanismul neurofiziologic al învăţării este organizat ierarhic, multinivelar atât structural, cât şi funcţional. Ţinând seama de acest principiu, el trebuie abordat în două planuri: *molecular* (microscopic) şi *molar* (macroscopic, holistic).

Planul molecular se referă, din punct de vedere structural, la *receptori*, *neuroni* şi *reţele neuronale*, iar din punct de vedere funcţional, la transformările şi reacţiile de ordin

biofizic (activismul bioelectric) și *biochimic* (raporturile dintre aminoacizi, îndeosebi dintre A.D.N. și A.R.N., la neurotransmițători și mediatori – acetilcolina, dopamina, serotonina, epinefrina, histamina, enzyme, proteine etc.) care susțin receptarea, procesarea, stocarea-păstrarea și evocarea informațiilor transmise de la nivelul sursei – profesorul sau manualul.

Neutransmițătorii sunt eliberați chiar la nivelul neuronului și asigură buna funcționare a sinapselor, trecerea fluxului informațional ascendent sau descendent de la un neuron la altul.

Acetilcolina (Ach) este un transmițător pur, cu greutate moleculară mică, ce acționează la nivelul spațiului, respectiv neuronului, presinaptic, asigurând transportul informației către neuronul postsinaptic, unde este descompusă de colinesteroză, „curățându-se" astfel terenul pentru trecerea unei alte doze de semnale bioelectrice purtătoare de informație.

Deteriorarea ciclului <acetilcolina – colinesterază> provoacă blocaje, întârzieri și pierderi de informație, subminând astfel eficiența procesului învățării. Antagoniștii acetilcolinei – atropina și scopolamina – slăbesc capacitatea subiectului de a diferenția intensitățile stimulilor luminoși și acustici și reduc raportul semnal/zgomot (Warburton, 1977).

În ultimii ani, s-a acordat o atenție specială determinării relației dintre acetilcolină și demență. Un simptom – cheie al demenței senile este *amnezia*, iar studiile post mortem ale acestor cazuri au arătat o pierdere semnificativă a acetilcolinei cerebrale, (Botez, 1996; Mesulam, 2000; Delacour, 2001; Dănăilă, Golu, 2006).

Dopamina, norepinefrina, epinefrina, serotonina și histamina sunt transmițători de tipul *aminelor biogenice*. Termenul de amină biogenică, deși imprecis din punct de vedere chimic, este utilizat, totuși, de mai mulți ani pentru a desemna anumiți neurotransmițători din seria catecolaminelor derivate din aminoacidul tirozinic.

Dopamina (DA) are trei căi majore de circulație: 1) *calea nigro-mezencefalică* spre corpul striat din ganglionii bazali și spre nucleul amigdaloid; 2) *calea care pornește din corpii celulari din apropierea substanței negre* și se termină în tuberculul olfactiv al sistemului limbic și 3) *calea hipotalamică* spre glanda pituitară.

Influența sistemului dopaminergic este, în esență, moderatoare, inhibitoare, contribuind la reglarea dinamicii activității cerebrale. (Leziuni sau procese degenerative la nivelul substanței negre și striatului determină o accentuată scădere a dopaminei, pe fondul căreia se dezvoltă sindromul Parkinson).

Pe baza datelor clinice, s-au formulat două ipoteze în legătură cu rolul sistemului dopaminergic: *prima* susține că lezarea căii nigro-striate duce la apariția tulburărilor motorii extrapiramidale prin pierderea inhibiției mișcărilor; *cea de a doua* stipulează că lezarea căii mezzo-limbice duce la pierderea inhibiției dinamicii gândirii, și, ca urmare, la apariția fluxurilor de idei necontrolate și a fanteziilor (Crow, 1973; Stevens, 1977; Botez, 1996). *Noreprinefina* sau noradrenalina, în SNC, este utilizată ca un transmițător de către celulele nervoase al căror corp se află în *nucleus ceruleus* și care trimit proiecții spre măduva spinării. Se presupune că și unii neuroni corticali folosesc norepinefrina ca tansmițător. În sistemul nervos periferic este transmițătorul neuronilor postganglionari care aparțin componentei simpatice. Potrivit datelor cercetărilor experimentale (Mason și

Fibiger, 1978; Schwartz, 1991; Botez, 1996), noreprinefina joacă un rol important în învăţare contribuind la creşterea acuităţii în receptarea şi procesarea informaţiilor.

Epinefrina (adrenalina) este un hormon al *medulosuprarenalei* şi mediator simpatic; are efecte excitatoare similare celor ale noreprinefrinei influenţând dinamica unor procese vegetative în concordanţă cu intensitatea solicitărilor externe şi mediind anumite fenomene metabolice (stimularea catabolismului şi a oxidaţiilor-glicogenaliză, hiperglicemie).

Serotonina (5-HT) este secretată de nuclei cu originea în *rafeul median* al trunchiului cerebral şi cu proiecţii spre multiple arii nervoase, mai ales către coarnele posterioare ale măduvei spinării şi către hipotalamus, de unde ea este distribuită în interiorul întregului creier (Schwartz, 1991).

Funcţional, serotonina este implicată în medierea inhibiţiei. Scăderea concentraţiei ei duce la explozivitate comportamentală, la agresivitate accentuată; creşterea dramatică a cantităţii ei se asociază cu apariţia unui sindrom comportamental anormal specific, caracterizat prin tremor al corpului şi membrelor anterioare, rigiditatea torsului, oblicizarea membrelor inferioare, mişcări lente ale capului dintr-o parte în alta (Jacobs, 1976; Sloviter et. al. 1978). Se susţine, de asemenea, că sistemul serotoninic ascendent joacă un rol major în trăirea fricii şi anxietăţii, prin etichetarea stimulilor de intrare ca fiind asociaţi cu pedeapsa, accentuând în astfel de cazuri inhibiţia comportamentală (Gray, 1982).

Menţinerea concentraţiei de serotomină în limite normale este o condiţie obligatorie a desfăşurării adecvate, eficiente a activităţii de învăţare.

Aminoacizii nucleici reprezintă un mediator esenţial în învăţare. Dintre aceştia, doi, şi anume, acidul dezoxiribonucleic (ADN) şi acidul ribonucleic (ARN) sunt nemijlocit implicaţi în stocarea, păstrarea şi ecfocarea (reactualizarea) informaţiilor (cunoştinţelor).

ADN-ul, respectiv, moleculele mari ale lui, reprezintă suportul „material" nemijlocit al conţinuturilor memoriei de lungă durată. În cursul actului învăţării se înregistrează o cantitate mai mare de ADN, iar în cazurile de amnezie sau de uitare, dimpotrivă, se înregistrează o scădere semnificativă a concentraţiei de ADN la nivelul neuronului.

Informaţia achiziţionată se păstrează în formă codificată biochimic, prin combinaţii (litere) ale moleculelor de ADN, unităţile–cod fiind organizate configuraţional în cadrul diferitelor structuri ale creierului.

Cel de al doilea aminoacid – ARN – denumit mesager, îndeplineşte un dublu rol în cadrul procesului învăţării: a) rolul de preluare a informaţiei de pe suportul bioelectric pe care se află în cursul receptării şi procesării şi b) rolul de extragere–preluare a informaţiei din suportul ADN şi de transfer al ei pe suportul bioelectric, asigurându-se reproducerea ei în formă declarativă sau procedurală. (Hyclen, 1969; McConnell, 1970; Pribram, 1972; Mesulam, 2000).

Vom prezenta, în continuare, laturile structurale ale planului microscopic al abordării mecanismelor neurofiziologice ale învăţării. Aşa cum s-a menţionat deja, aici includem trei componente: *elementele receptoare, neuronii* şi *reţelele neuronale.*

Elementele receptoare sunt celule sensibile, diferenţiate şi spcializate în captarea şi transformarea în influx nervos specific a acţiunii asupra lor a stimulilor modali specifici: mecano-fizici, luminoşi, sonori (acustici) şi chimici.

Cum informaţia pe care o achiziţionăm este obiectivată în toate aceste modalităţi de stimuli, elementele receptoare, organizate în organele de simţ, se includ, încă de la început, simultan sau succesiv, alternativ, în realiazrea procesului învăţării. Absenţa lor ar face imposibilă comunicarea creierului cu sursele externe de informaţie şi, implicit, posibilitatea de a învăţa.

O deficienţă senzorială unimodală sau plurimodală – vizuală, auditivă, tactilă, sau vizuală–auditivă schimbă radical programele şi metodele de instruire.

Neuronul este elementul structural bazal al mecanismului învăţării, el îndeplinind atât rolul de *procesor*, cât şi pe cel de integrare şi stocare-păstrare. Atât morfo-anatomic, cât şi funcţional, el se prezintă într-o mare diversitate de tipuri: neuroni granulari, neuroni piramidali, neuroni stelaţi (după formă); neuroni senzoriali, neuroni motori, neuroni de asociaţie (după rolul funcţional).

În cadrul învăţării, neuronii senzoriali şi neuronii de asociaţie realizează procesarea secvenţială şi integrală a informaţiei, (modele informaţionale secvenţiale, modele informaţionale globale, izomorfice şi homomorfice) şi stocarea ei pentru uzul ulterior. În fixarea şi păstrarea informaţiei, sunt implicaţi neuronii stelaţi cu buclă axonică din care se formează reţelele/reverberante, legate direct de funcţia mnezică a creierului (fig.9).

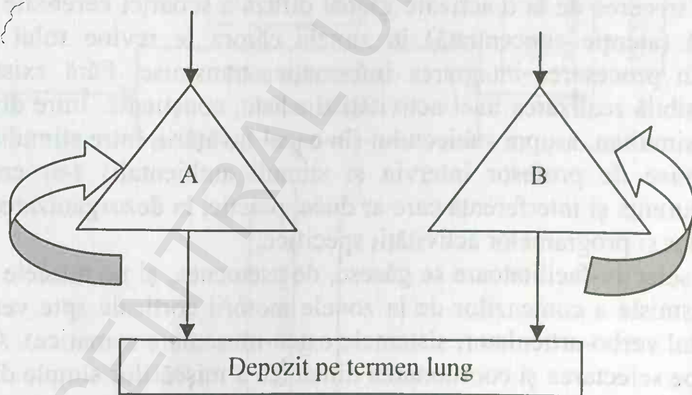


Fig. 9. **Reţea reverberantă** (suportul memoriei de scurtă durată)

Reţelele neuronale, cel de al treilea „element" al nivelului molecular de organizare a mecanismului neurofiziologic al învăţării, sunt rezultatul conexiunilor interneuronale şi cuprind un număr de aproximativ 1 000 de neuroni de acelaşi tip. Ele sunt primele structuri care pot efectua operaţii specifice de procesare – integrare a informaţiilor, pe baza unor operatori logici. (Mc Culloch, 1972).

Din punct de vedere genetic, ele se impart în două clase: *innăscute,* care stau la baza actelor reflexe necondiţionate, şi *dobândite*, constituite în cursul ontogenezei şi care stau la baza actelor reflexe condiţionate. Primele se situează, cu precădere, în formaţiunile

nervoase subcorticale, iar cele din a doua categorie – în *neocortexul* cerebral (Grenell şi Romero, 1970).

Din punct de vedere funcţional, reţelele neuronale sunt de cinci tipuri: *reţele senzoriale, reţele asociative, reţele constatativ-facilitatoare, reţele asociativ-integrative* şi *reţele motorii*.

Reţelele senzoriale se caracterizează prin sensibilitate diferenţiat – selectivă în raport cu stimulii de diferite modalităţi. Diferenţierea de tip modal în cadrul percepţiei are la bază activarea preferenţială a reţelelor care intră în structura sistemelor analizatorilor de către stimulii specifici. În cadrul lor, se realizează procesări de diferite niveluri calitative ale input-ului primar – de la simpla detecţie a semnalelor în câmpul stimulator extern până la imagini care permit în plan comportamental identificarea şi interpretarea semnificaţiei conţinutului informaţional al semnalelor. Procesările care se realizează la fiecare nivel ierarhic se leagă între ele după anumite reguli *semantice* şi *sintactice* (similitudine designativă şi ordine combinatorică, invarianţi de structură).

Reţelele constatativ-facilitatoare se dispun de-a lungul trunchiului cerebral până la nivelul diencefalului, alcătuind, în cea mai mare parte, formaţiunea reticulară (F.R.).

Ele primesc aferenţe (colaterale) de la toate căile senzoriale specifice şi, dispunând de operatori de comparare–evaluare a semnificaţiei adaptative a diferitelor mesaje generate de sursele externe, pot efectua următoarele operaţii: a) facilitarea transmisiei spre instanţele superioare – pentru procesare/integrare – a mesajelor cu valoarea reglatorie cea mai mare; b) frânarea sau blocarea transmisiei mesajelor puţin semnificative; c) trecerea de la o activare global difuză a scoarţei cerebrale la o activare locală, focalizată (atenţie concentrată) în zonele cărora le revine rolul principal, în momentul dat, în procesarea–integrarea informaţiei transmise. Fără existenţa acestor reţele ar fi imposibilă realizarea unei activităţi finaliste, conştiente. Între diverşii stimuli care acţionează, simultan, asupra subiectului (în cazul învăţării, între stimulii reprezentaţi de semnalele emise de profesor intervin şi stimuli ambientali) s-ar crea asemenea raporturi de concurenţă şi interferenţă care ar duce, practic, la dezorganizarea sau chiar la blocarea schemelor şi programelor activităţii specifice.

Reţelele selectiv-facilitatoare se găsesc, de asemenea, şi pe traseele descendente, efectorii, de transmisie a comenzilor de la zonele motorii corticale spre verigile motorii executive (aparatul verbo-articulator, sistemele osteo-musculare somatice). Altminteri, nu s-ar putea concepe selectarea şi coordonarea dinamică a mişcărilor simple dintr-o acţiune – ex. actul scrierii – şi a acţiunilor într-o activitate – activitatea citit-scris, în cazul învăţării.

Reţelele asociativ-integrative se delimitează, cu precădere, la nivelul segmentului ierarhic superior, „terminal” al SNC. În cazul omului, acesta este reprezentat de scoarţa cerebrală, respectiv în formaţiunea cea mai nouă din punct de vedere filogenetic – *neocortexul*. Situate între zonele primare de proiecţie topică, aceste reţele devin, sub raport informaţional, *multimodale*. Ele participă la articularea în structuri complexe, după criterii de conţinut şi criterii logico-formale impuse de codurile lingvistice, a produselor informaţionale particulare sau *monomodale*, rezultate din activitatea reţelelor senzoriale şi motorii.

Principiul care stă la baza acestor reţele este cel al *categorizării, abstractizării şi simbolizării*. De aceea, pe lângă operatorii proprii schemelor funcţionale generale ale

creierului uman, un rol esenţial îl dobândesc operatorii „introduşi" din afară prin însuşi procesul învăţării, îndeosebi al învăţării şcolare.

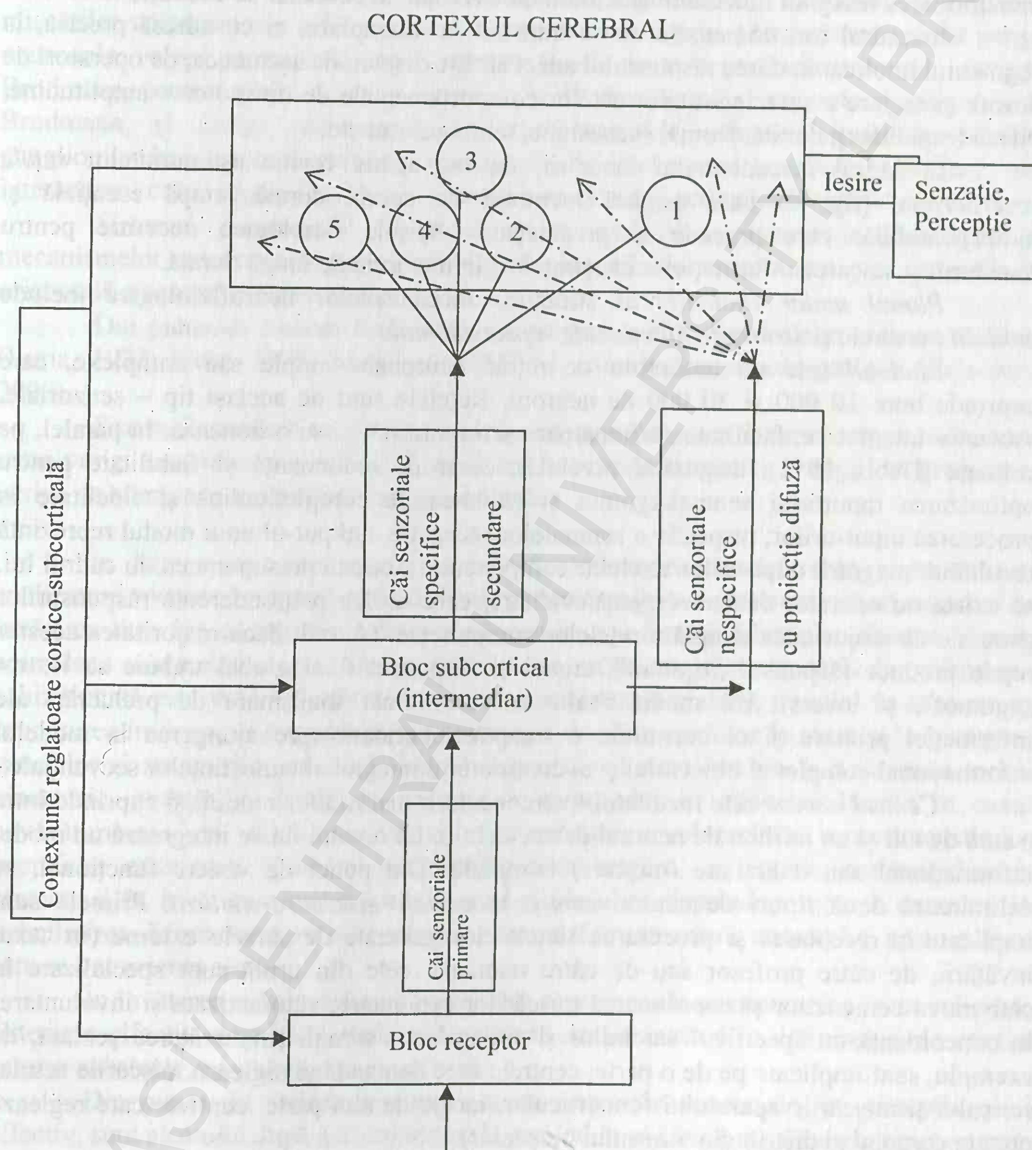


Fig. 10 **Schema bloc a organizării structural-funcţionale a sistemelor senzoriale; 1,2,3,4,5 – zonele de proiecţie (primare)**

Reţelele motorii, situate atât în formaţiunile subcorticale – de la măduva spinării la nuclei bazali – cât şi în scoarţa cerebrală, îndeplinesc două roluri principale: a) formarea şi fixarea schemelor logice mentale ale mişcărilor voluntare, intenţionate şi b) transformarea imaginii obiectului şi a mesajelor verbale în comenzi de execuţie.

În cadrul lor, comenzile nu se transmit la întâmplare, ci cu adresă precisă, la segmentul implicat în darea răspunsului adecvat. Ele dispun, de asemenea, de operatori de dozare şi reglare a caracteristicilor actelor comportamentale de tip motor – amplitudine, viteză (rapiditate), durată, formă, succesiune, tempou, ritm etc.

În cadrul mecanismului învăţării, un loc aparte revine aşa-numitelor *reţele reverberante* (fig. 9) care asigură memoria de scurtă durată, etapă esenţială şi indinspensabilă, care precede şi pregăteşte condiţiile fiziologice necesare pentru transferul şi stocarea informaţiei (cunoştinţelor) în memoria de lungă durată.

Planul molar (holistic) al structurii mecanismelor neurofiziologice include *modulii* , centrele şi *sistemele funcţionale supraordonate.*

Modulul este un ansamblu de reţele neuronale simple sau complexe, care cuprinde între 10 000 şi 30 000 de neuroni. Reţelele sunt de acelaşi tip – senzoriale, asociativ-integrative, facilitatoare/frenatoare sau motorii – şi se ordonează, în paralel, pe coloane (Hebb, 1952), asigurând nivelul necesar de redundanţă şi fiabilitate pentru optimizarea raportului semnal/zgomot şi calitatea de completitudine şi fidelitate în procesarea input-urilor, respectiv a semnalelor receptate. Output-ul unui modul reprezintă rezultatul integrării oupt-urilor/reţelelor componente. Aceasta presupune ca, în cadrul lui, să existe un operator de convergenţă/evaluare, care să dea preponderenţă răspunsurilor generate de majoritatea simplă a reţelelor componente. (Astfel, dacă majoritatea acestor reţele produce răspunsul „zgomot", atunci şi răspunsul final global trebuie să fie tot „zgomot", şi invers). Un modul realizează un număr mai mare de prelucrări ale informaţiei primare şi el constituie o treaptă superioară spre ajungerea la modelul informaţional complet al obiectului şi al conţinutului integrat al cunoştinţelor secvenţiale.

Centrul nervos este rezultatul interconectării mai multor moduli şi cuprinde între o sută de mii şi un million de neuroni de acelaşi tip. La nivelul lui se integrează un model informaţional sau o acţiune (mişcare) completă. Din punct de vedere funcţional, se delimitează două tipuri de centre: *centre senzoriale* şi *centre motorii*. Primele sunt implicate în receptarea şi procesarea semnalelor generate de sursele externe (în cazul învăţării, de către profesor sau de către manual); cele din urmă sunt specializate în elaborarea comenzilor şi coordonarea mişcărilor (voluntare, automatizate şi involuntare) în concordanţă cu specificul sarcinilor şi situaţiilor – stimul. (În învăţarea şcolară, de exemplu, sunt implicate pe de o parte, centrele care comandă şi reglează mişcările actului scrisului şi mişcările aparatului fonoarticular, iar pe de altă parte, centrele care reglează poziţia corpului şi distribuţia tonusului muscular).

Atât centrele senzoriale, cât şi cele motorii se dispun ierarhic pe verticală, de la nivelul măduvei spinării până la scoarţa cerebrală, inclusiv.

Centrele senzoriale subcorticale efectuează operaţii de prelucrare intermediară a input-urilor şi operaţii de recodare; centrele senzoriale corticale efectuează operaţii de prelucrare finală a output-urilor centrelor subcorticale şi operaţii de *decodare*, adică de raportare designativă a imaginii sau modelului informaţional intern la referenţialul (obiectul) extern.

Centrele motorii subcorticale comandă şi reglează mişcările involuntare şi asigură transmiterea comenzilor de la centrele corticale la veriga de execuţie (aparatul muscular); centrele motorii corticale integrează şi activează schemele mentale interne ale mişcărilor voluntare, elaborând comenzile de execuţie corespunzătoare. Comanda şi reglarea mişcărilor voluntare şi a celor automatizate se realizează prin interacţiunea a două verigi neuronale: *veriga piramidală*, care cuprinde zonele motorii corticale *primare* – (aria 4 Brodmann, centrul verbo-motor – (ariile 44 şi 45 Brodmann, şi *secundare*, ariile 6 şi 8 Brodmann, şi *veriga extrapiramidală*, care cuprinde centrele situate la nivelul ganglionilor bazali (corpii striaţi) ai creierului şi la nivelul mezencefalului. Disfuncţii ale interacţiunii celor două verigi duc la dereglări ale mişcării scrisului (disgrafii).

Sistemele funcţionale, cel de al treilea nivel de organizare în plan molar a mecanismelor neurofiziologice ale învăţării, rezultă din conectarea pe verticală şi orizontală a centrelor nervoase.

Din punct de vedere funcţional, ele se grupează în două clase: *sisteme modale* (Luria, 1972; Golu, 1981; Mesulam, 2000) şi *sisteme funcţionale globale* (Delacour, 2000).

Sistemele modale se caracterizează prin aceea că sunt specializate în realizarea unor verigi concrete ale activităţii de învăţare: veriga recepţiei, veriga de procesare, veriga de stimulare-susţinere şi veriga mnezică.

a. Veriga recepţiei este realizată de *sistemul senzorial*, care cuprinde toţi analizatorii, pentru învăţarea şcolară fiind cele mai solicitate sistemul vizual, esenţial în învăţarea literelor, a cititului, a figurilor geometrice a formei diferitelor obiecte, plante, animale, a schemelor, a aparatelor mecano-fizice, calculatoarelor etc (80% din informaţia achiziţionată este furnizată de sistemul vizual); sistemul auditiv, esenţial în captarea şi procesarea informaţiei comunicate pe cale orală de către profesor la clasă şi în învăţarea sunetelor şi structurilor muzicale (auzul fonematic şi auzul muzical) şi sistemul tactil-kinestezic, esenţial în învăţarea literelor şi a cititului în alfabetul Braille în cazul nevăzătorilor şi în învăţarea corpurilor geometrice (volumelor), a caracteristicilor suprafeţei exterioare a obiectelor (temperatură, textură, asperitate, substanţialitate), precum şi în învăţarea mişcărilor scrisului şi ale altor deprinderi motorii necesare în îndeplinirea diferitelor tipuri de sarcini, care intră în structura viitoarelor profesii spre care se vor orienta elevii.

În învăţarea substanţelor chimice, atât organice, cât şi anorganice, sunt solicitate sistemele olfactiv şi gustativ, informaţia oferită de ele intrând în definirea şi descrierea acestor substanţe, ea trebuind deci reţinută.

Din punct de vedere structural, toate sistemele senzoriale, cu excepţia celui olfactiv, sunt alcătuite după aceeaşi schemă, punând în evidenţă următoarele componente: 1) *blocul receptorilor,* 2) *blocul subcortical* (intermediar) şi 3) *blocul cortical* (terminal); feed-back-ul (fig. 10).[1]

„Intrarea" o reprezintă mulţimea stimulilor modali specifici şi ea este captată şi transformată de blocul receptor, iar „ieşirea" o reprezintă *modelul informaţional* intern

---

* Blocul subcortical lipseşte în sistemul olfactiv, legătura blocului receptor cu cel cortical făcându-se direct.

(sau neuronal), care se conştientizează şi se raportează de către subiect ca *senzaţie* sau *percepţie*.

Integritatea structurală a oricărui sistem senzorial este o condiţie obligatorie a realizării verigii de recepţie a învăţării. Lezarea oricăruia din cele trei blocuri principale – receptor, subcortical sau cortical – are acelaşi efect: pierderea sau tulburarea gravă a funcţiei modale corespunzătoare (vizuală, auditivă, tactilă etc.).

b. Veriga de procesare este realizată de *sistemul logicistic,* situat cu precădere la nivelul scoarţei cerebrale şi alcătuit din zonele asociativ-integrative de ordinele III şi IV, zonele lingvistice (centrul Wernicke, din lobul temporal, centrul Broca, din lobul frontal, zonele „gramatical-semantice", din lobul parietal).

Pe baza interacţiunii dintre zonele asociativ-integrative cu zonele lingvistice şi gramatical-semantice se realizează procesarea informaţiei furnizate de sistemele senzoriale şi de memoria de lungă durată, pe baza unor criterii logice şi a principiilor generalizării, abstractizării şi sistematizării. Produsul sistemului logistic îl constituie, în plan instrumental/procedural, *operaţiile logico-formale*, iar în plan informaţional, *conceptele* şi *structurile conceptuale*, şi unele şi altele esenţiale pentru dezvoltarea gândirii.

Slaba dezvoltare sau lezarea sistemului logistic sau a unor componente ale lui provoacă grave tulburări ale verigii de procesare şi, implicit, a dezvoltării schemelor gândirii sau tulburări grave ale funcţionării celor formate anterior (căderea din planul conceptual în planul situaţional-concret, afazie semantică – pierderea sensului cuvintelor, alogisme, agramatisme, acalculii etc.).

Trebuie menţionat aici că segmental frontal al sistemului logistic se leagă, potrivit cercetărilor actuale (Botez, 1996; Delacour, 2000; Dănăilă, Golu, 2006), de *inteligenţa generală*. Aceasta constituie o premisă obiectivă a învăţării.

Pentru a se realiza o învăţare de nivel conceptual, este necesară o inteligenţă generală, cel puţin de nivel mediu (Q.I. = 100). Cu cât nivelul inteligenţei generale este mai scăzut, cu atât învăţarea se va desfăşura mai anevoios şi în limite mai reduse.

c. Veriga mnezică este realizată de *sistemul memorativ*, care este alcătuit din zone dispuse în regiuni diferite ale creierului. (O caracteristică distinctivă a memoriei naturale, în raport cu memoria artificială, o reprezintă localizarea distributivă. Asta înseamnă că nu putem vorbi de un centru unic al memoriei, ci de un sistem de centre).

Sistemul memorativ realizează toate formele memoriei şi, corespunzător, el cuprinde structurile corticale ale sintezei aferente (memoria senzorială), structurile reverberante (memoria de scurtă durată), structurile hipocampo-limbice şi circuitele cortico-talamice (memoria de lungă durată cu cele două secvenţe ale ei – păstrarea şi evocarea). Se presupune că diferenţierile pe linie de conţinut în structura memoriei de lungă durată (memoria imagistică, memoria verbală, memoria numerelor, memoria fizionomiilor, memoria lucrurilor, memoria fiinţelor etc.) este bazată pe o specializare generală şi pe una preferenţială în interiorul mecanismelor neuronale care formează sistemul memorativ (Smith et. al. 1995; Courtney, 1996; McKintosh, 1996).

Afecţiuni ale diferitelor componente structurale ale sistemului memorativ provoacă tulburări, mai mult sau mai puţin severe, ale verigii mnezice a învăţării (amnezii

insulare – amnezia denumirilor geografice, amnezia datelor istorice, amnezia numelor proprii etc.); amnezii globale sau de sistem – amnezia retrogradă – uitarea celor nou învăţate, amnezia anterogradă – uitarea a ceea ce a fost învăţat anterior).

Se admite, în general, că sindroamele amnezice „globale" disociază două forme de memorie pe termen lung: forma I este grav perturbată, în timp ce forma II rămâne conservată (Delacour, 2000; Dănăilă, Golu, 2006).

Forma I, denumită adesea *declarativă,* nu funcţionează decât în stare conştientă. În mod obişnuit, ea se manifestă printr-un act voluntar de *evocare explicit* (când răspundem la întrebări şi detaliem). Ea este *episodică* (autobiografică) şi *semantică* (informaţii ştiinţifice despre obiecte şi fenomene naturale, despre evenimente sociale, istorice, politice).

Forma II este cel mai adesea inconştientă, implicită şi se manifestă cel mai frecvent printr-o modificare locală specializată a repertoriului sensorio-motor şi computaţional al subiectului, fără ca acesta să poată spune în ce constă noua capacitate sau în ce condiţii a fost dobândită ea (obişnuinţele senzori-motorii şi cognitive automatizate sau folosirea unor reguli aplicate frecvent) – memoria procedurală.

Afectarea lobilor frontali şi fenomenul îmbătrânirii provoacă tulburări amnezice care privesc alte două forme de memorie – *memoria strategică* şi *memoria nestrategică* (Gabrieli, 1996).

- *Memoria strategică* este cea care conferă învăţării o dimensiune prospectivă, subordonând-o atingerii unor obiective importante în viitor. Ea reclamă o activitate de raţionare, capacităţi de metacogniţie, precum şi strategii de codaj sau de evocare. Este conştientă, voluntară, relativ independentă de mediul înconjurător imediat, integrând o mare parte a activităţii cognitive.

  Este implicată în realizarea unor proiecte complexe: elaborarea (scrierea) unei lucrări, efectuarea unei cercetări etc.

- *Memoria nestrategică* este o formă pasivă, automată şi depinde în principal de incitaţiile şi de datele din mediul înconjurător imediat.

d. Veriga de stimulare-susţinere a învăţării este asigurată de *sistemul dinamico-energetic* al creierului, care cuprinde structuri situate la trei niveluri ierarhice: *nivelul subcortical inferior, nivelul subcortical superior* şi *nivelul cortical* (fig. 11). La fiecare nivel se integrează atât componenta motivaţională, cât şi cea emoţional-afectivă, dar, fireşte, conţinuturile şi formele acestora din urmă diferă de la un nivel la altul.

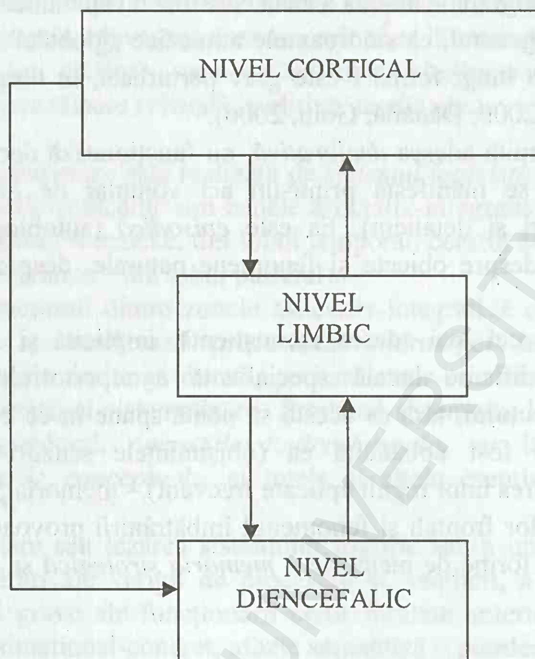


Fig. 11. **Schema bloc a nivelului de integrare cerebrală a sferei motivaţional-afective**

La nivelul subcortical inferior se situează nucleii talamici şi hipotalamici care se leagă cel mai strâns de trebuinţele şi emoţiile primare; la nivelul subcortical superior se află structuri şi formaţiuni ale sistemului limbic ce se leagă de trebuinţele de autoapărare, de nevoia de relaţionare şi de emoţiile obiectuale şi ale Eu-lui fizic; la nivelul cortical – în lobii frontal, temporal şi parietal se realizează integrarea motivelor Eu-lui, motivelor cognitive, motivelor sociale, motivelor estetice, motivelor de concordanţă precum şi emoţiile şi sentimentele asociate acestora.

Ceea ce se cuvine a fi menţionat, în mod special în acest context este faptul că realizarea în formă completă atât a emoţiei, cât şi a motivaţiei în raport cu un stimul sau altul este obligatorie articularea şi interacţiunea ascendent-descendent a tuturor celor trei niveluri. (Arnold şi Lindzey, 1964, Mesulam, 2000, Dănăilă, Golu, 2006).

Mecanismul componentei emoţional-afective este organizat şi funcţionează după principiul polarităţii, el incluzând o verigă care activează şi susţine emoţiile de semn pozitiv (stenice), care facilitează învăţarea apropiind elevul de o disciplină sau alta, şi o verigă, care incită şi susţine emoţiile negative (astemice), care îngreunează învăţarea, contribuind la îndepărtarea şi aversiunea elevului faţă de o anumită disciplină sau faţă de şcoală, în general.

La rândul său, şi mecanismul componentei motivaţionale funcţionează după principiul antagonismului bipolar: *stare de necesitate* (curiozitate, interes) – *stare de saţietate* (plictiseală, indiferenţă, respingere).

Nivelul cortical este cel care realizează dezvoltarea şi diferenţierea motivelor şi sentimentelor specifice activităţii de învăţare – interesele şi trăirile cognitive, interesele şi trăirile estetice, interesele şi trăirile profesionale etc. Rolul integrativ şi de control principal în angrenajul cortical revine segmentului anterior şi medio-bazal al lobului frontal. Lezarea acestor segmente sau atrofierea lor determină aşa-numitul sindrom frontal, a cărui trăsătură principală constă în difuzia şi aplatizarea intereselor de cunoaştere şi a sentimentelor asociate acestora, instalându-se o stare de euforie permanentă nejustificabilă obiectiv (K. Walsh, 1978; M. Botez, 1996; Dănăilă, Golu, 2006). În debilitatea mintală, se manifestă anumite simptome ale acestui sindrom, precum inadecvarea dispoziţiei la semnificaţia situaţiilor, instabilitatea focalizărilor atenţiei, permanentizarea reflexului generalizat de orientare, rezistenţă scăzută la frustrări şi constrângeri, irascibilitate. (Luria, 1973; Luria, E. Homskaia, 1966).

Sistemele modale din structura mecanismelor neuronale ale învăţării, din punctul de vedere al specializării, se subordonează şi reflectă principiul asimetriei şi dominanţiei interemisferice (Sperry, 1980; Gazzaniga 1996).

Pe baza acestui principiu, Ned Herman (1996) a propus un model cvadrimodular al mecanismului învăţării şi comportamentului. Esenţa acestui model este redată în schema de mai jos.

Sistem cortical (procesare cognitivă, gândire).

STÂNG	• Logic • Analitic • Matematic • Tehnic • Raţionament • Conceptualizare abstractă	• Creativitate • Spirit de sinteză • Spirit artistic • Globalizare • Conceptualizare concretă	DREPT
Mod de funcţionare	Serial	Holistic	Mod de funcţionare
STÂNG	• Controlat • Conservator • Planificare • Organiazat • Administraţie	• Sociabilitate • Emotivitate • Spiritual • Expresivitate	DREPT
	Sistem	limbic	

Pe baza investigării psihocomportamentale a unui număr de 15 000 de subiecţi, autorul modelului a constatat următoarele: 6% prezentau un singur modul (sector) dominant; 61% prezentau două module (sectoare) dominante; 30% dispuneau de trei module dominante; 3% aveau toate cele patru sectoare dominante.

Se poate presupune că dominanţa şi aria ei de cuprindere se datoresc nu numai programării genetice, ci şi specificului sistemelor educaţionale: un sistem structurat pe codificarea lingvistică şi constrângeri („învaţă ce ţi se cere şi nu întreba", „fii atent la ceea ce îţi spun eu", „rezolvă aşa şi nu cum vrei tu" etc.) favorizează afirmarea pe scară largă a celor două module stângi; un sistem care este structurat pe codarea figural-imagistică, pe libertatea de exprimare şi imaginaţie, pe creativitate, favorizează afirmarea dominanţei modulelor drepte.

Pentru a spori procentul dominantei tuturor celor patru module devine necesară utilizarea, în mod echilibrat, a ambelor tipuri de sisteme educaţionale.

În cazurile aptitudinilor speciale, tipul dominanţei este impus preponderent genetic, învăţării revenindu-i rolul doar de a-i facilita manifestarea în domeniul corespunzător de aplicaţie şi atingerea nivelului optim de performanţă.

Sistemele globale reprezintă nivelul molar cel mai înalt de organizare a mecanismului neurofiziologic al învăţării şi al comportamentului în ansamblul său. Ele se obţin prin articularea într-o schemă funcţională unitară a sistemelor modale, dobândind un caracter supraordonat.

Din corelarea datelor experimentale şi clinice, s-a ajuns la delimitarea a trei asemenea sisteme: *sistemul A*, *sistemul C* şi *sistemul S* (fig. 12).

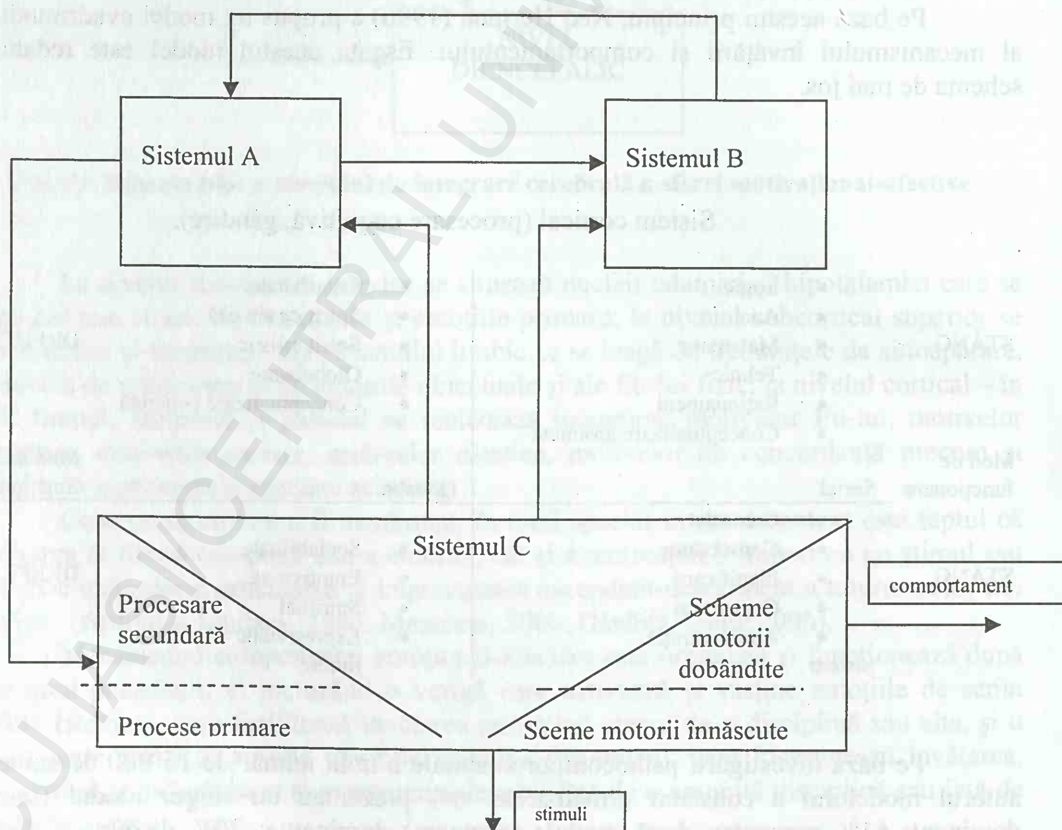


Fig. 12. **Schema bloc a interacţiunii celor trei sisteme globale ale creierului**

Sistemul A (de activare) este alcătuit din neuroni, care nu au o legătură directă şi diferenţiată cu receptarea stimulilor modali specifici şi nici cu motricitatea (efectuarea mişcărilor). Ei se includ în structurile zise nespecifice (formaţia reticulată – F.R.), de la nivelul trunchiului cerebral şi diencefalului, zone din sistemul limbic (cortexul cingular, hipocampul, amigdala şi septul), zone corticale din lobii frontali şi parietali şi se implică în monitorizarera şi controlul stării de vigilenţă şi motivaţiei.

Acest sistem primeşte informaţii de la surse foarte diferite şi se proiectează într-o manieră divergentă pe numeroase regiuni ale creierului. Prima expresie comportamentală a funcţionării lui o reprezintă reflexul de orientare–generalizat (activare difuză) şi focalizat (activare selectivă) (Sokolov, 1958-1970; Pribram, 1969). O exacerbare a activităţii sistemului A duce la permanentizarea reflexului de orientare generalizat şi, implicit, la reducerea capacităţii de concentrare a atenţiei asupra materialului de învăţare; blocarea funcţionării sistemului A duce la starea de somnolenţă şi apatie, iar în cazul secţionării segmentului lui subcortical, la instalarea stării de inhibiţie profundă (Magoun, 1949, 1951; Magoun şi Moruzzi, 1953; Penfield, 1969).

Aşadar, putem conchide că sistemul A asigură nivelul necesar de vigilenţă, starea fiziologică generală de pregătire pentru recepţionarea stimulilor, pentru procesarea lor şi pentru fixarea şi evocarea informaţiilor şi experienţelor.

Sistemul C, computaţional, este format din neuroni specializaţi, care realizează o codare foarte precisă a datelor senzoriale şi a programelor motorii. Din punct de vedere anatomic, el este bine delimitat, cuprinzând structurile şi ariile senzoriale şi motorii primare, precum şi ansamblurile de neuroni care procesează o informaţie specifică de nivel înalt: zonele corticale asociative sau de acoperire de ordinul II, III şi IV. Componenta eferentă este reprezentată de: zona motorie primară (homunculusul motor), zona premotorie, aria motorie suplimentară – pentru mişcările instrumentale somatice – şi ariile verbo-motorii (centrul Broca) – pentru mişcările fonoarticulatorii.

Organizarea internă a sistemului C, spre deosebire de cea a sistemului A, are un caracter modular, incluzând subsisteme relativ independente, cu funcţii specializate – subsistemul vizual, auditiv, tactil etc. şi subsistemul integrării conceptuale, supraordonate. În esenţă, rolul sistemului C constă în realizarea unui model informaţional-cognitiv cât mai complet şi fidel al mediului extern, în a rezolva situaţiile problematice care apar şi în elaborarea sau alegerea răspunsului celui mai adecvat (verbal sau motor).

Sistemul S este mai dificil de delimitat, din punct de vedere anatomic. Cu toate acestea, datele empirice demonstrează existenţa lui şi faptul că el este indinspensabil în realizarea procesului de învăţare şi a oricărui comportament finalist. Un asemenea tip de comportament, la om, se caracterizează prin stabilirea anticipată a scopului, prin analiza condiţiilor şi evaluarea consecinţelor, prin organizare şi planificare, prin dimensiunea proiectivă (efectuarea unor acţiuni nu numai pentru obţinerea unor rezultate sau câştiguri imediate, ci şi pentru obţinerea unor rezultate şi beneficii în viitor, aşa cum este şi cazul învăţării).

Aceste trăsături nu sunt înnăscute, imanente, ci se constituie în ontogeneză ca funcţie a unor structuri neocorticale distincte, în cadrul cărora locul principal revine regiunii frontale anterioare şi celei prefrontale.

Acestea se leagă în dublu sens cu structurile sistemelor A şi C. (Luria şi Homoskaia, 1966; Delacour, 1995, 2001). Leziuni ale sistemului S provoacă grave tulburări ale trăsăturilor menţionate mai sus, pacienţii respectivi pierzându-şi capacitatea de anticipare, planificare şi control şi fiind incapabili de a duce până la capăt o activitate şi de a stabili în mod adecvat ordinea de prioritate a obiectivelor. (Luria, 1963; Golu, 2007, 2008).

Funcţionarea sistemului S se subordonează nu numai legilor biofiziologice ale organismului, ci şi legilor sociale, criteriilor şi normelor axiologice impuse de mediul socio-cultural şi educaţional.

Ca urmare, reglarea/autoreglarea comportamentului uman se va realiza pe două coordonate: coordonata individuală, asigurându-se satisfacerea stărilor de necesitate personale, şi coordonanta socială, asigurându-se adecvarea conduitelor individului la exigenţele, normele şi etaloanele sociale.

Sistemul S introduce în mecanismul general al învăţării dimensiunile *intenţionalităţii* şi *voliţionalităţii,* conferindu-i astfel caracter de continuitate şi locul de activitate dominantă în cadrul preocupărilor cotidiene ale elevului.

Pe lângă latura structurală, planul molar al mecanismului învăţării, include şi latura fiziologică. Aceasta se referă la locul pe care învăţarea îl ocupă în cadrul activităţii reflexe generale a creierului. După cum se ştie, aceasta din urmă se realizează în două forme principale: *necondiţionată* şi *condiţionată*, prima – înnăscută, cea de a doua – dobândită.

Din punct de vedere fiziologic, învăţarea este de natură reflexă. Problema care se pune este: în care din cele două forme se încadrează? În măsura în care presupune achiziţia de experienţe şi informaţii noi, ea se include în cea de a doua formă – a activităţii reflexe condiţionate. Dar, în subsidiar se bazează şi depinde de un întreg angrenaj de reflexe necondiţionate (reflexul de orientare, reflexele de acomodare şi redresare, reflexele de reglare a tonusului muscular, reflexele care susţin expresiile emoţionale etc.).

Esenţa condiţionării constă în formarea unor legături temporare (asociaţii) între o reacţie sau acţiune şi un anumit stimul sau situaţie pe baza funcţiei de semnalizare, evaluare şi selecţie a creierului.

În *condiţionarea clasică*, prima studiată şi demonstrată experimental, legătura temporară se stabileşte între o reacţie necondiţionată (ex. secreţia salivară, reacţia motorie de apărare) şi un stimul, în sine, neutru (stimul vizual, auditiv) în urma asocierii lui cu stimulul cu semnificaţie biologică intrinsecă (hrană, stimul nociv).

Pentru a se forma o asemenea legătură, se cere ca stimulul neutru sau condiţionat (S.C.) să preceadă în timp cu câteva sutimi de secundă apariţia (administrarea) stimulului biologiceşte semnificativ sau necondiţionat (S.N.), iar asocierea celor doi stimuli să se repete de un număr suficient de ori.

Pornind de la această schemă de bază, Pavlov a pus în evidenţă o gamă largă de alte variante în care se pot realiza legăturile temporare respectiv, reflexele condiţionate: reflexe condiţionate simple: reflexe condiţionate de ordinul II, când primul stimul condiţional la care s-a consolidat reacţia de răspuns este asociat cu un alt stimul în sine neutru, care în final va dobândi semnificaţia sau proprietatea de semnalizare a celui dintâi, apariţia lui separată provocând aceeaşi reacţie ($S'C_2 \rightarrow SC_1 \rightarrow SN'$), reflexul

condiţionat de diferenţiere (la un stimul condiţionat întărit subiectul răspunde, iar alt stimul, de aceeaşi modalitate sau de modalitate diferită nefiind întărit, subiectul nu răspunde: $S_1(+) \rightarrow R$, $S_2 \rightarrow 0$); frânele condiţionate (esenţiale în mecanismul atenţiei), în care unul şi acelaşi stimul într-o situaţie provoacă un comportament, în altă situaţie nu (ex. din grădina proprie putem să rupem un trandafir, dar din parcul public nu; într-un loc putem călca pe iarbă, în alt loc acest comportament este interzis); stereotipul dinamic (o succesiune de stimuli, cu reacţiile corespunzătoare, repetată de mai multe ori se articulează într-o structură funcţională unitară, în care secvenţa iniţială activează prin semnalizare secvenţele următoare
($[SC_1 \rightarrow R_1 \rightarrow SC_2 \rightarrow R_2 \rightarrow SC_3 \rightarrow R_3 \rightarrow SC_4 \rightarrow R_4]N \rightarrow SC_1 \rightarrow R_1 \rightarrow SC_2 \rightarrow R_2 \rightarrow R_3 \rightarrow R_4$); acest tip de condiţionare stă la baza formării deprinderilor motorii şi automatizării operaţiilor intelectuale; legături condiţionate de ordinul primului sistem de semnalizare (între stimuli fizici concreţi şi reacţii motorii sau secretorii) şi legături condiţionate de ordinul celui de al doilea sistem de semnalizare (stimulii fizici naturali sunt substituiţi prin stimuli verbali).

Condiţionarea la nivelul omului capătă valenţe şi caracteristici noi, calitativ superioare datorită prezenţei şi implicării limbajului, a cuvântului.

Printre cele mai importante pentru procesul învăţării trebuie menţionate următoarele: 1) scurtarea timpului de realizare (legătura temporară se stabileşte pe loc); 2) selectivitatea (prin distincţia între esenţial şi neesenţial; 3) generalitatea (prin categorizare); 4) flexibilitatea, care rezidă în posibilitatea de restructurare şi reorganizare a legăturilor formate în concordanţă cu schimbările nou apărute în situaţia iniţială.

Pe lângă condiţionările de genul stimul verbal-răspuns motor, un loc important, în mecanismul învăţării şi comportamentului uman, îl ocupă condiţionările de tipul semantic superior: stimul verbal – răspuns verbal. Astfel, spre deosebire de animal care posedă şi realizează numai un comportament nonverbal, omul se caracterizează şi prin capacitatea de a realiza şi un comportament verbal, detaşat de prezenţa şi acţiunea stimulilor fizici naturali.

Cuvântul îndeplineşte nu numai funcţia de stimul sau de răspuns, ci şi pe cea de întărire în formarea noilor legături temporare, înlocuind astfel întărirea primară, legată de actele reflexe necondiţionate.

Astfel, sunt *instructajele prealabile* – care stipulează ce trebuie să facă şi cum trebuie să facă subiectul – şi feedback-urile de genul „bine", „prost", „corect" – „greşit", date după apariţia răspunsurilor sau executarea acţiunilor.

Datele şi ideile fiziologiei activităţii nervoase superioare fundamentează astăzi modelele conexioniste ale adaptării, învăţării şi comportamentului la nivelul componentelor lor psihice interne – procesare, stocare, păstrare şi evocare.

Ceea ce nu a cuprins condiţionarea clasică sau pavloviană a fost acea verigă pregătitoare (de explorare–investigare) şi de apropiere şi obţinerea obiectivului (întăririi), respectiv, ce întreprinde individul – animal sau uman, într-o situaţie nouă (problematică) pentru a ajunge la soluţie.

Această verigă, într-adevăr importantă pentru o înţelegere mai completă a mecanismului neurofiziologic al învăţării complexe şi al comportamentelor finaliste, a constituit obiectul de studiu al şcolii americane de psihofiziologie.

Unul din reprezentanţii ei de seamă, B.F. Skinner (1938), a conceput şi utilizat în acest scop un ingenios model experimental, cunoscut sub numele de „problem-box" („cuşcă-problemă").

Modelul reproduce, în manieră, evident simplificată, condiţiile naturale în care trăieşte animalul. Esenţa condiţionării operante (instrumentale) rezidă în următoarele: a) obiectivul (momeala) nu poate fi obţinut direct, printr-o singură tentativă; b) pentru a obţine momeala (întărirea), animalul trebuie să efectueze o operaţie anume (ex. apăsarea pe manetă, deschiderea unui zăvor etc.); c) această operaţie trebuie identificată şi învăţată din seria celorlalte operaţii în sine greşite; d) identificarea şi învăţarea operaţiei corecte se realizează nu dintr-odată şi imediat, ci în urma unui şir de încercări şi erori.

Un alt reprezentant al condiţionării operante, E. Thorndike (1932), observând modul în care animalul de experienţă (şobolanul) învaţă comportamentul corect, a formulat faimoasa *lege a efectului*, pe care el a declarat-o universală, guvernând învăţarea nu numai la animal, ci şi la om.

Potrivit ei, încercările (operaţiile) corecte tind în timp să-şi mărească probabilitatea de producere, iar cele eronate (care duc la eşec) tind corespunzător să-şi diminueze probabilitatea de producere. În final, probabilitatea comportamentului adecvat, reuşit devine p=1, iar a comportamentului inadecvat, eronat devine p=0. Aceasta înseamnă că procesul învăţării constă în achiziţia de comportamente cu ajutorul cărora organismul să acţioneze adecvat şi eficient asupra mediului. În cazul învăţării şcolare, ar trebui să avem de a face cu achiziţia de cunoştinţe şi proceduri care să permită absolvenţilor să rezolve cu succes diferitele probleme şi solicitări profesionale şi de viaţă.

Forma de învăţare, care se bazează pe schema condiţionării operante, este cea *prin descoperire.*

Deşi mai anevoioasă şi reclamă mai mult timp decât învăţarea cunoştinţelor de-a gata, învăţarea prin descoperire este mult mai productivă şi formativă.

Limitele biologice ale învăţării. Ca proprietate şi funcţie a creierului, învăţarea depinde, fireşte, sub aspectul registrului său valoric – cantitativ şi calitativ – de nivelul de organizare şi dezvoltare structural-funcţională a creierului. Această organizare depinde, la rândul ei, pe de o parte, de factori genetici interni, iar, pe de altă parte, de frecvenţa şi diversitatea fluxurilor externe de informaţie.

În ceea ce priveşte prima categorie de factori, acţiunea lor se exercită în două planuri: a) planul traiectoriei proceselor evolutive şi de maturizare, care poate avea un caracter normal sau anormal (patologic) şi b) planul amplitudinii şi calităţii transformărilor evolutive, respectiv, stadialitatea producerii acestora.

Prezenţa unor factori interni perturbatori, de genul malformaţiilor, al slabei reprezentări a structurilor neocorticale, alterarea raporturilor funcţionale dintre segmentul cortical şi segmentele subcorticale, vâscozitatea funcţională, deficitul inhibiţiei secundare condiţionate, efectele unor traumatisme sau intoxicaţii cerebrale timpurii etc. limitează şi reduc semnificativ nivelul capacităţii de învăţare a individului. De aici se desprinde concluzia că, în general, o învăţare în limite normale, care să asigure individului o integrare satisfăcătoare într-o activitate profesională şi în viaţa socială nu se poate realiza decât într-un creier cu organizare structural-funcţională normală.

În privinţa celei de a doua categorii de factori, factorii externi, s-a stabilit că procesul organizării structural-funcţionale a creierului este facilitat şi impulsionat cu atât mai puternic, cu cât copilul este supus unei stimulări mai frecvente şi mai variate cu semnale informaţionale. Dimpotrivă, privarea copilului în primii cinci ani de viaţă de o asemenea stimulare şi de comunicarea adecvată cu adultul încetineşte considerabil ritmul organizării cerebrale, putând avea drept consecinţă o serioasă întârziere în dezvoltarea intelectului (Luria, 1960). (Spre deosebire de deficitul înnăscut de intelect, „deficitul dobândit" poate fi compensat integral printr-un regim educaţional adecvat).

Un fenomen psihofiziologic distinct, care introduce limitări importante în realizarea normală a procesului învăţării, în general, a celei şcolare, în special, este aşa-numitul *sindrom cerebroastenic* (Luria, 1960); Golu, 1962; Botez, 1996). Esenţa lui constă într-o slăbiciune generală şi cronică a tonusului de excitabilitate al scoarţei cerebrale, asociată cu scăderea considerabilă a capacităţii de lucru a creierului cu scurtarea duratelor de concentrare în îndeplinirea sarcinilor de învăţare la clasă. În aceste cazuri, pe lângă tratamentul medicamentos de specialitate devine necesară organizarea unui program de învăţare diferenţiat, în care: a) materialul de învăţare să fie structurat în porţii (secvenţe) mai mici; b) durata unei lecţii să nu depăşească 30 minute; c) pauzele între lecţii să fie mai mari – 15/20 minute; d) în cursul lecţiei, să fie folosite mai multe materiale intuitive.

Caracterul stadial al traiectoriei evolutive a organizării structural-funcţionale a creierului introduce în desfăşurarea învăţării aşa-numitele limitări sau constrângeri cronologice sau de vârstă. Aceste limitări se referă la *tipul* şi volumul materialului de învăţare. Stadiile dezvoltării structurii operatorii a intelectului stabilite de J. Piaget (1965), reflectă şi etapele de evoluţie/maturizare a creierului.

Astfel, se poate susţine ideea psihopedagogică ce decurge de aici, şi anume că tipul şi volumul materialului de învăţare trebuie adecvate la disponibilitatea sau capacitatea de asimilare şi înţelegere corespunzătoare fiecărui stadiu evolutiv. Tipul materialului exprimă: a) modul de codare – obiectual, figural-imagistic, simbolic (oral, scris); b) gradul de structurare; c) gradul de complexitate/dificultate al decodării (înţelegerii); d) gradul de abstracţie. Volumul materialului de învăţare exprimă cantitatea de informaţie (cunoştinţe) pe care elevul trebuie să o asimileze într-un anumit interval de timp (oră, săptămână, lună, semestru, an). El vizează cele trei verigi principale ale mecanismului neuropsihologic al învăţării: veriga de recepţie, veriga de procesare şi veriga mnezică.

Din punct de vedere neurofiziologic, capacitatea de învăţare a individului ajunge la nivelul său maxim sau optim de dezvoltare/maturizare la vârsta de 16-18 ani şi se menţine la acest nivel, dacă este solicitată, până la 35-40 de ani (Atkinson et. al, 2002; A. Birch, 2001). După 40-45 de ani, ca urmare a diminuării plasticităţii generale a creierului, îndeosebi a scoarţei cerebrale, şi a creşterii rigidităţii conexiunilor formate anterior, capacitatea de învăţare scade treptat (fig.13). Ea însă nu este abolită complet nici la vârste înaintate, cu condiţia ca procesele degenerative din creier să nu ducă la instalarea stării de senilitate profundă, cum se întâmplă în boala Alzheimer.

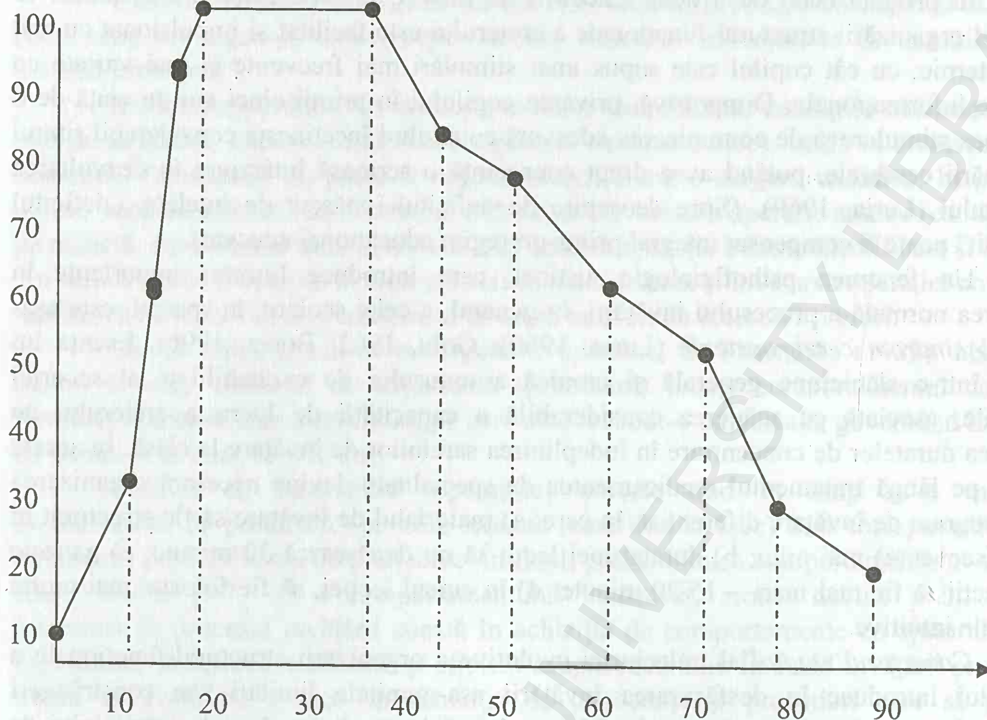


Fig. 13. **Curba capacității de învățare ca funcție de vârstă**

3. Comportamentul. Mecanismele lui neuropsihice.

În prezent, termenul de comportament are două accepțiuni: o accepțiune lărgită și o accepțiune restrânsă. Potrivit primei accepțiuni, el desemnează o schimbare în starea inițială a unui sistem, indiferent de natura substanțial calitativă a lui, în urma unor incitații (influențe) interne sau externe. Scurgerea timpului este considerată factorul cel mai general și primordial care antrenează producerea unor asemenea schimbări (comportamente). În teoria generală a sistemelor, pe baza criteriului „timp" se delimitează cele două clase de sisteme posibile: *statice* și *dinamice*. Primele se caracterizează prin independența absolută față de acțiunea legii timpului, menținându-și la infinit starea inițială ($St_0 \equiv St_n$).

În realitate, nu se întâlnește un atare sistem, astfel încât clasa respectivă este o mulțime vidă. Dinamic, este sistemul dependent de legea timpului, schimbându-și starea în succesiunea momentelor temporare ($St_0 \neq St_n$). Toate sistemele reale sunt dinamice și pun în evidență un comportament (în sens larg).

În accepțiune restrânsă, termenul „comportament" se aplică numai sistemelor vii și, cu precădere, organismelor animale și omului (considerat la nivel individual și grupal, societal). Conținutul lui se circumscrie relației dintre organism și mediu ($O \leftrightarrow M$) și desemnează modul în care organismul răspunde la influențele sau provocările mediului, pe de o parte, și modul în care organismul acționează asupra mediului, pe de altă parte. (Barnett, 1968).

Psihologia zisă obiectivă de factură reflexologică (Bechterev) sau behavioristă (Watson) a redus sensul termenului la reacţiile (secretorii sau motorii) ale organismului ca tot („as a whole") la acţiunea stimulilor externi (potrivit cauzalităţii univoc directe: $S \rightarrow R$; $R=f(S)$. În mecanismul de producere erau luate în consideraţie numai verigile extreme – „intrarea" (input) şi „ieşirea" (output), fiind lăsată în afara ecuaţiei tocmai veriga intermediară (internă) de ordin neuropsihic, după opinia noastră cea mai importantă, mai ales în cazul comportamentului uman.

La nivelul omului, legat de delimitarea obiectului de studiu al psihologiei, s-a creat o anumită confuzie de ordin semantic prin adoptarea şi utilizarea celorlalţi doi termeni – termenul de activitate şi termenul de acţiune („teoria activităţii" – Vîgotski, Leontiev, „teoria acţiunii" – Janet, Galperin). De cele mai multe ori, termenii respectivi se folosesc ca sinonimi, ca desemnând aceeaşi realitate. Dar, aşa cum am arătat, aria cea mai largă de aplicaţie o are termenul de comportament, el fiind folosit pentru a caracteriza modul de interacţiune al oricărui organism viu cu mediul ambiant.

Considerat la acest nivel de practicabilitate, înseamnă că, din punct de vedere psihologic el are o structură şi un conţinut mai simplu, cuprinzând comportamentele şi trăsăturile care se regăsesc atât la organismele vegetale, cât şi la cele animale, respectiv: *un stimul*, o verigă receptoare şi de procesare şi o verigă de execuţie, de răspuns.

Termenul de *activitate* şi cel de *acţiune* se folosesc, cu precădere, pentru a caracteriza modul de relaţionare al omului cu mediul ambiant, natural şi social. Corespunzător, trebuie să admitem că, din punct de vedere psihologic, structura şi conţinutul activităţii şi acţiunii sunt mai complexe. Caractersticile definitorii obligatorii ale activităţii sunt: prezenţa scopului formulat anticipat, prezenţa intenţiei şi a deciziei (deliberării), prezenţa planificării, prezenţa evaluării rezultatelor.

Comportamentul se leagă mai mult de latura *reactivă*, în timp ce activitatea se leagă de latura intenţional-anticipativă.

În plan filogenetic, evoluţia a însemnat şi trecerea de la *comportamentele reactive* ($S \rightarrow R$) la *activitate* ($S \rightarrow P \rightarrow R$), unde $\underline{P}$ reprezintă organizarea neuropsihică internă a personalităţii umane.

În acest context, activitatea este o formă superioară de organizare şi realizare a comportamentului la nivel uman. Păstrând şi termenul de activitate şi pe cel de comportament, trebuie să considerăm comportamentul, ca şi acţiunea, unitate structurală de bază a activităţii. (Activitatea = un ansamblu coerent de acţiuni şi de comportamente).

Comportamentul rămâne, însă, cu o sferă mai largă decât activitatea, şi ca atare, analiza lui este mai acoperitoare pentru înţelegerea şi explicarea relaţionării omului cu mediul extern.

Trebuie, însă, să avem în vedere complexitatea şi diversitatea de forme pe care le evidenţiază comportamentul uman, complexitate şi diversitate care se reflectă şi în mecanismele lui neuropsihice.

Aici ne vom referi la comportament numai ca *mod* de a realiza un răspuns la o stare de motivaţie internă imediată sau la o situaţie externă.

Aplicând criteriul genetic, vom delimita *comportamentul înnăscut* şi *comportamentul dobândit* (prin învăţare); aplicând criteriul logicii de desfăşurare, delimităm *comportamentul instinctiv* şi comportamentul inteligent (la om şi raţional); aplicând criteriul de conţinut şi referenţial, se delimitează *comportamentele de rol*,

comportamentele profesionale (centrate pe îndeplinirea sarcinilor specifice locului de muncă), comportamentele sociale (referenţialul fiind societatea cu sistemele ei de norme şi valori), comportamentele interpersonale (de cooperare sau competiţie, conflict), comportamentele religioase, comportamentele politice, comportamentele de loisir etc.

Este evident, că structura mecanismului neuropsihic va diferi de la un tip de comportament la altul.

Diferenţele cele mai importante în structura şi schema logică a acestui mecanism se evidenţiază între comportamentele înnăscute şi instinctive, pe de o parte, şi comportamentele dobândite/învăţate, pe de altă parte.

a. *Mecanismul comportamentului înnăscut* şi *al comportamentului instinctiv.* Comportamentul înnăscut şi cel instinctiv s-au structurat, filogenetic, pe baza şi în strânsă legătuă cu stările de necesitate primare, de esenţă biologică – alimentare, de descărcare-eliberare, de apărare/autoconservare, sexuale, de comunicare, de gregaritate (afiliere) etc.

În forma lor simplă şi în condiţii favorabile, aceste comportamente exprimă legătura directă dintre starea de necesitate activată (de o modificare internă sau de o stimulare/provocare externă) şi reacţia de răspuns (secretorie sau motorie) adecvată satisfacerii (luarea în stăpânire a stimulului biologiceşte necesar – hrana) sau îndepărtarea acţiunii lui (reacţia de apărare).

Întreaga gamă a reflexelor necondiţionate – vegetative şi somatice, pe care copilul le realizează încă din primele zile după naştere, se încadrează în categoria comportamentelor înnăscute. În cea mai mare parte, aceste comportamente se integrează la nivelul segmentelor subcorticale ale SNC.

Mecanismul lor include următoarele verigi structural-funcţionale: a) *veriga aferentă* (zonele specifice sau nespecifice, căile şi zonele neuronale de procesare), *veriga neuronală de comutare sau de transfer* (ex. reflexele sau comportamentele modulare complexe, multifazice), *veriga neuronală de comandă* (motorie sau vegetativă), *veriga de execuţie* (o glandă sau un muşchi) şi *veriga conexiunii inverse* (care semnalizează finalizarea comportamentului, efectul pozitiv sau negativ al acestuia. (fig. 14).

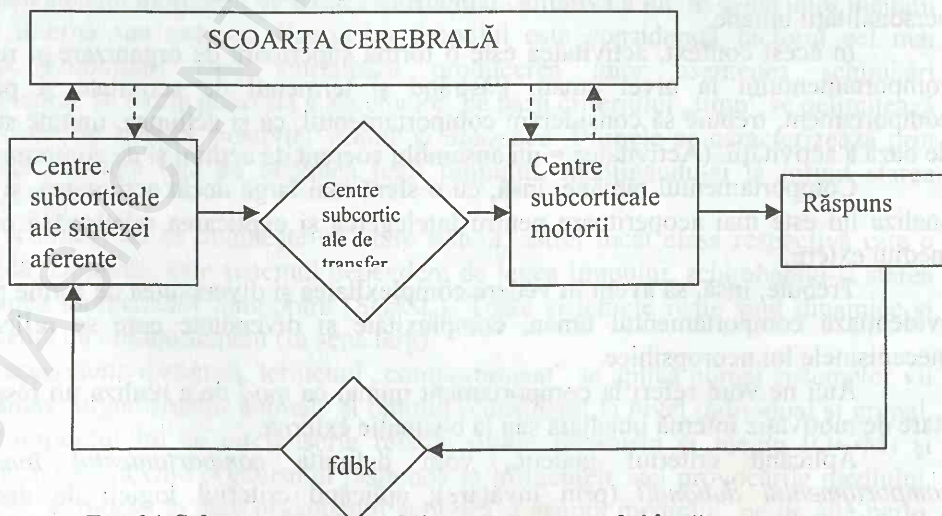


Fig. 14. **Schema mecanismului comportamentului înnăscut, de tip reflex necondiţionat Fdbk - feedback**

Comportamentele simple, de tip segmentar, se integrează la nivelul măduvei spinării, iar cele complexe, sistemice se integrează la nivelul trunchiului cerebral şi al sistemului limbic. (Konorski, 1967; Luria, 1973).

Când schemele executive motorii ce sunt puternic sudate, prin programarea genetică, cu starea de necesitate sau (drive) comportamentul devine instinctual, transmiţându-se de la o generaţie la alta în interiorul unei specii date. Desfăşurarea lui capătă un caracter puternic automat, acţiunile individuale derulându-se într-o succesiune strict determinată.

Se spune că în acest gen de comportament motivul, obiectivul şi mijlocul fuzionează într-un bloc funcţional indisociabil, ceea ce-i conferă caracterul de *impulsivitate* şi *de imedianţă*

În esenţă, modul preponderent de relaţionare al animalelor cu mediul este instinctual (Instinctul domină asupra inteligenţei, aceasta din urmă fiind un instrument al celui dintâi).

Saltul calitativ în evoluţia organizării psihocomportamentale constă în trecerea de la predominarea instinctului la predominarea inteligenţei, de la predominarea patternelor înnăscute, ereditare, la predominarea patternelor dobândite, de la impulsiv la controlat, de la imediat la mediat (mijlocit).

Acest salt a început să se impună o dată cu apariţia omului şi a noului mod de existenţă – modul de existenţă social.

La om, graţie dezvoltării creierului, îndeosebi a lobilor frontali şi a structurilor superioare de procesare ale neocortexului, instinctul a suferit restructurări esenţiale, din structura lui iniţială rămânând numai veriga incitativă şi unele acte secretorii şi motorii finale. În ansamblu, însă, în contextul mediului socio-cultural, dezvoltarea ontogenetică a copilului asigură impunerea supremaţiei comportamentului dobândit, inteligent asupra celui înnăscut.

Atributele importante pe care comportamentul dobândit, de tip reflex condiţionat, le dobândeşte la subiectul uman sunt *conştientizarea* şi *controlul voluntar intenţionat.* Aceasta presupune ca în cursul ontogenezei, la mecanismul neuropsihic iniţial să se supraadauge două circuite noi: un circuit ascendent *subcortical-cortical* şi unul descendent – *corticosubcortical.*

Aceste circuite se şi stabilesc şi ele derivă şi se subordonează *principiului corticalizării,* potrivit căruia, la om toate funcţiile şi actele reflexe înnăscute dau semnale şi sunt reprezentate *şi* la nivelul scoarţei cerebrale. Pavlov şi apoi majoritatea neurofiziologilor şi neuropsihologilor afirmă că scoarţa cerebrală, ca formaţiunea cea mai nouă din punct de vedere filogenetic şi cu organizarea structural-funcţională cea mai complexă, reprezintă reglatorul suprem al relaţiilor omului cu mediul, ea integrând, în sens adaptativ cele două forme ale activităţii nervoase: *activitatea nervoasă inferioară* (care stă la baza comportamentelor înnăscute) şi *activitatea nervoasă superioară* (care stă la baza comportamentelor dobândite).

Ca urmare a corticalizării generalizate, la omul adult normal, toate actele reflexe sau comportamentele înnăscute se conştientizează şi se supun reglării voluntare. (Doar în somn şi în stările de comă superficială se pot produce asemenea manifestări în formă pură). În anumite boli psihice şi în debilitatea mintală profundă, controlul conştient poate

fi slăbit sau abolit, comportamentul fiind dinamizat şi dirijat preponderent de centrele subcorticale, îndeosebi de cele de la nivelul diencefalo-limbic.

În stările de ebrietate şi în cele de afect exacerbat (furie sau euforie explozive), tabloul comportamental al individului este invadat şi dominat de componente instinctuale, înnăscute.

În structura mecanismelor comportamentelor înnăscute este mai puţin implicată componenta cognitivă activă, cea care realizează: a) analiza obiectiv-criterială a situaţiei; b) analiza şi evaluarea importanţei şi urgenţei stării de necesitate (motivului); c) elaborarea planului; d) alegerea mijlocului adecvat; e) luarea deciziei de execuţie.

În cadrul lui, rolul principal îl joacă modelul „nervos-intern" al stimulului-ţintă (spre care este direcţionată acţiunea), şi componentele motivaţională şi afectivă.

Deşi actele reflexe, care compun comportamentele înnăscute, sunt bine delimitate în plan structural-anatomic şi posedă o anumită autonomie în plan funcţional, global, pe fondul stării de conştienţă, ele se integrează şi se manifestă în cadrul comportamentelor dobândite complexe. (Ex., reflexul înnăscut al plânsului se integrează în schema comportamentului dramatic sau tragic, iar reflexul înnăscut al râsului se încadrează în schema comportamentului de distracţie sau comic; reflexul înnăscut al salivaţiei şi masticaţiei se integrează în schema logică supraordonată a comportamentului gastronomic; reflexele faciale înnăscute se integrează în schema mecanismelor neuropsihice ale comportamentelor interpersonale şi sociale).

Cel mai edificator exemplu al conectării şi integrării comportamentului înnăscut la schema de integrare a comportamentului dobândit ni-l oferă dinamica trebuinţei de hrană. După cum se ştie, starea de necesitate (foame) apare în urma modificării compoziţiei chimice a sângelui, constând în scăderea concentraţiei de substanţe nutritive. Aceste modificări, ca semnale, trebuie să se transforme în *senzaţie de foame* ca fapt de conştiinţă. (Aceasta se întâmplă numai dacă semnalele respective ajung să fie procesate la nivelul scoarţei cerebrale).

Senzaţia de foame devine factorul declanşator al comportamentului alimentar, care cuprinde două componente: a) componenta instrumentală, de căutare (procurare a hranei) şi b) componenta de consum (ingerarea hranei dobândite). Pe măsura satisfacerii stării obiective de necesitate (deficit de substanţe nutritive), centrii subcorticali de la nivelul hipotalamusului emit „semnale de saturaţie", care, ajungând înapoi la scoarţa cerebrală, reduc treptat şi în final stopează sau sting senzaţia de foame şi comportamentul alimentar se încheie, se finalizează.

Ca abateri de la această schemă normală sunt consemnate două situaţii patologice: *situaţia* de *inaniţie* şi *situaţia* de *bulimie*.

Prima constă în blocarea funcţionării verigii aferente a comportamentului alimentar; semnalele generate de starea obiectivă de necesitate nu ajung la scoarţa cerebrală şi nu se transformă în senzaţie de foame. Ca urmare, comportamentul de satisfacere nu se declanşează, pacientul trebuind să fie hrănit artificial, pentru a nu muri.

Cea de a doua constă în blocarea funcţionării verigii conexiunii inverse: semnalele de saturaţie nu ajung la scoarţa cerebrală şi senzaţia de foame continuă să se menţină activă. Ca urmare, comportamentul alimentar continuă, în pofida faptului că, obiectiv, organismul nu se mai află în deficit de hrană.

b. *Mecanismul neuropsihic al comportamentului dobândit şi inteligent.* Adaptarea omului la mediu se realizează, preponderent, prin intermediul comportamentelor dobândite individual în ontogeneză şi inteligente.

Comportamentul dobândit se caracterizează prin stabilirea şi consolidarea până la automatizare a legăturii adaptative specifice între modul de răspuns şi identitatea şi semnificaţia situaţiei.

În plan motor extern, cu o astfel de legătură avem de a face în marea diversitate a sistemelor deprinderilor instrumentale (utilizarea uneltelor, confecţionarea obiectelor, denumirea obiectelor, deprinderilor sportive etc.).

În plan mental intern, avem de a face cu sistemele de algoritmi, care se activează rapid şi selectiv la prezentarea situaţiilor problematice specifice (ex. situaţia „153+250" activează pe loc algoritmul adunării; situaţia „BxI" activează imediat algoritmul: „calculează suprafaţa dreptunghiului, situaţia: „Un automobil a parcurs 400 km, în 5 ore; cu ce viteză a circulat? Activează algoritmul

$$V = \frac{S}{T}$$

(V = viteza, S = distanţa parcursă, T = timpul în care a fost parcursă diastanţa respectivă etc.).

Comportamentul dobândit a inclus inteligenţa în schema de desfăşurare din faza sa de învăţare şi până la stadiul de automatizare; după aceasta inteligenţa şi veriga controlului conştient voluntar intenţional se conectează când apar dificultăţi sau schimbări semnificative în situaţie.

Comportamentul inteligent este cel ce se produce *de novo* în situaţii noi şi el constă în găsirea şi stabilirea relaţiilor logice dintre elementele situaţiei, pe de o parte, şi în elaborarea răspunsurilor adecvate, care să ducă la găsirea „soluţiei finale", pe de altă parte.

Un comportament inteligent se învaţă, adică se stochează pentru uzul ulterior numai dacă situaţia care l-a provocat se menţine un timp suficient de lung şi el se repetă de un număr suficient de ori.

La baza structurării şi funcţionării comportamentelor dobândite stă mecanismul *condiţionării* clasice (pavloviene) şi *operante* (skinneriene). Dar, ca şi în cazul învăţării, în ambele forme de condiţionare, la om, se implică veriga verbală.

Potrivit principiului reglării optime, un sistem instruibil selectează şi reţine (fixează) acele comportamente care-i sunt utile, performarea lor procurându-i efecte plăcute.

La om, însă, criteriul utilităţii capătă un dublu sens: unul individual şi altul social. Primul vizează comportamentele care vin în concordanţă numai cu nevoile şi interesele proprii; cel de al doilea vizează comportamentele care concordă nu numai cu nevoile şi interesele individului, ci şi cu nevoile şi normele sociale. Cum acestea nu se suprapun întotdeauna, în plan individual, avem de a face şi cu existenţa unor comportamente dobândite pozitive, pentru persoana dată, dar negative, din punct de vedere social.

Ca urmare, în componenta psihologică a mecanismului comportamentului uman, atât al celui dobândit, cât şi al celui inteligent, se include, în mod obligatoriu, o verigă *axiologică, etică.* Aceasta se realizează şi constă în *interiorizarea* normelor, valorilor şi

etaloanelor morale ale societăţii. Aşadar, pe lângă laturile neurofiziologică şi psihologică, acest mecanism cuprinde şi o latură socială sau de sorginte socială, care acţionează în direcţia compatibilizării comportamentelor indivizilor cu cerinţele mediului social.

Ca mod sau mijloc de adaptare şi integrare în mediul existenţial, comportamentul are un caracter finalist, se îndreaptă spre atingerea unui obiectiv. Spre deosebire de finalitatea comportamentului animal, finalitatea comportamentului uman ia forma de *scop*, stabilit şi formulat anticipat, iar desfăşurarea lui se realizează în concordanţă cu un anumit plan intern.

Pornind de la aceste caracteristici, G. Miller, E. Galanter şi K. Pribram (1967) au elaborat cunoscutul model al structurii mecanismului psihologic al comportamentului dobândit şi inteligent. Modelul cuprinde patru verigi principale: veriga de testare (T), veriga de operare (O), veriga de testare (T) şi veriga de ieşire (E): T→O→T→E!

Conceput pe principii cibernetice, modelul reflectă organizarea comportamentului ca intercondiţionare dinamică între legăturile directe şi cele inverse, între comandă şi execuţie. Astfel, se începe cu receptarea şi identificarea stimulului şi a condiţiilor de fond (T); se trece la procesarea informaţiei despre stimul (formarea modelului nervos intern al acestuia) şi despre contextul în care este prezentat stimulul (O); pe această bază, se stabileşte tipul de răspuns şi veriga adecvată de executare a lui (T), se dă răspunsul şi se încheie procesul (E). (fig. 15).

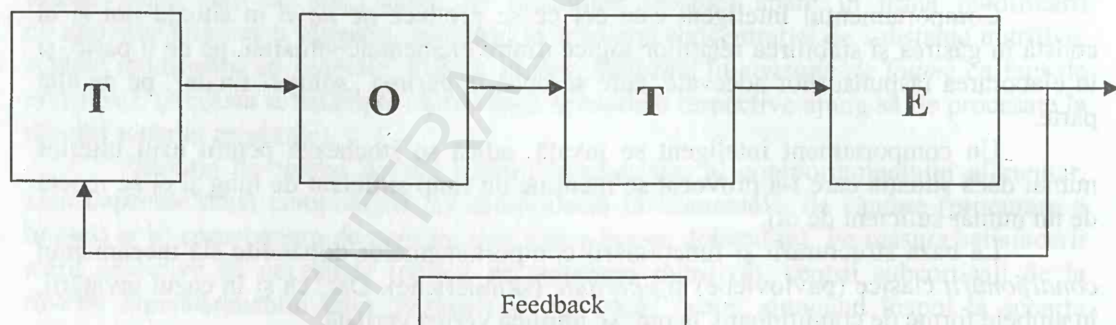


Fig. 15. **Modelul structurii psihologice a comportamentului**

În plan psihologic intern, realizarea unui comportament finalist se întemeiază pe trei elemente principale: *imaginea, programul* şi *planul*. Imaginea include modelul informaţional al stimulului (extern sau intern – intenţie, stare de necesitate) şi modelul informaţional al scopului (ce trebuie să se obţină).

Programul este articularea funcţională logică între imagine şi secvenţele instrumental-motorii care micşorează distanţa dintre motiv (stimul) şi scopul final. (În cazul situaţiilor simple, programul cuprinde întregul comportament: ex. programul „a lua

paharul şi a bea apă", „a lua haina şi a o îmbrăca", „a muta obiectul X din locul A în locul B" etc.).

Planul este un ansamblu de programe elaborat pe baza unei analize prealabile a condiţiilor, obiectivelor, costurilor etc. cu evaluarea alterantivelor şi priorităţilor.

El reflectă şi susţine comportamentele complexe, multifazice. După durata finalizării, planurile după care se organizează comportamentul uman sunt de trei tipuri: 1) planuri pe termen scurt (planificarea a ceea ce facem în cursul unei zile sau unei săptămâni); 2) planuri pe termen mediu (ce ne propunem să faccem în cursul unei luni sau unui an); 3) planuri pe termen lung (ce ne propunem să realizăm pe o perioadă de cinci, zece ani sau pe durata întregii vieţi).

Ca regulă generală, planurile pe termen lung le subordonează, funcţional, pe cele pe termen mediu, iar acestea din urmă subordonează pe cele pe termen scurt. De aici rezultă că finalităţile se ierarhizează în secvenţe subordonate şi globale supraordonate, omul devenind un sistem *teleonomic,* adică un sistem a cărui existenţă este ghidată de scopuri proiectate nu numai în viitorul imediat, ci şi în viitorul îndepărtat.

După importanţa scopului şi a priorităţilor, planurile se împart în *principale* şi *secundare*.

Cele din urmă se includ şi se realizează în cadrul desfăşurării celor dintâi (Ex. în planul „a merge dimineaţa la servici" pot intra şi se pot realiza planurile secundare: „oprirea la un chioşc şi cumpărarea ziarelor", „trecerea pe la poştă şi punerea unei scrisori la cutie", „intrarea la un McDonald şi cumpărarea unui hamburger" etc.).

Pe lângă elementele menţionate mai sus, în structura mecanismului psihologic al comportamentului se include, obligatoriu, *veriga reglajului voluntar* şi *verbal*. Aceasta asigură activarea şi mobilizarea resurselor şi potenţialului cognitiv şi energetic (efortului nervos şi fizic) în vederea traducerii în fapt a programelor şi planurilor. Slaba dezvoltare a acestei verigi (lipsa de voinţă, abulia) face ca deşi subiectul îşi face planuri şi proiecte de acţiune nu este în stare să treacă la realizarea lor.

În plan neurofiziologic, mecanismul comportamentului dobândit şi inteligent este organizat ierarhic, multinivelar. Ca şi în cazul învăţării, mecanismul comportamentului pune în evidenţă un nivel *molecular* şi unul *molar*. Cel molecular include neuronii (diferenţiat, anatomic şi funcţional), reţelele neuronale şi modulele neuronale. Cel molar cuprinde sistemele funcţionale modale şi sistemele funcţionale globale.

Schema de bază a oricărui comportament cuprinde următoarele sisteme modale:

1) *sistemul exteroreceptor* (în raport cu stimulii din mediul intern);
2) *subsistemul procesării aferente*;
3) *subsistemul cognitiv integrativ şi decizional*;
4) *subsistemul de programare-planificare*;
5) *subsistemul executiv* (motor, verbo-motor);
6) *subsistemul feedback*. (fig. 16).

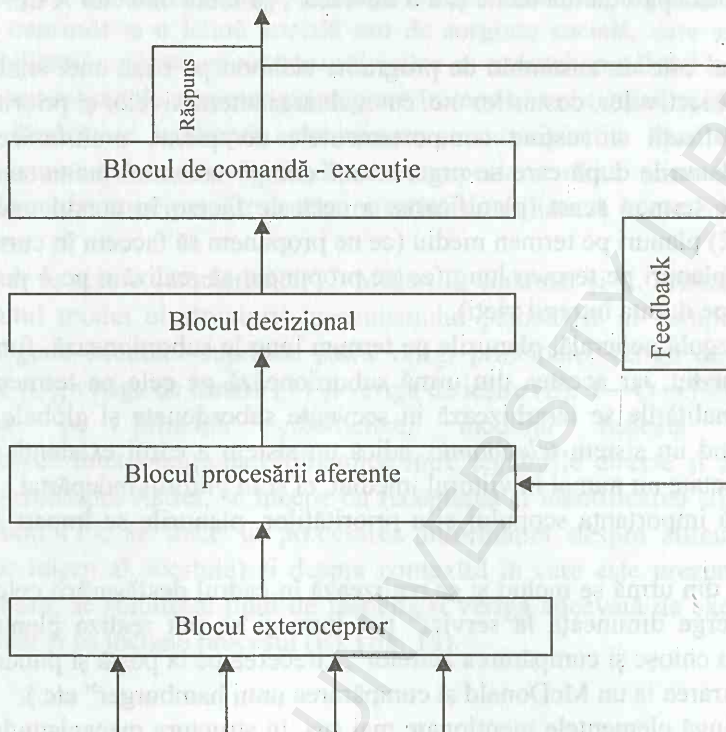


Fig. 16. **Schema – bloc a structurii comportamentului finalist**

1). *Subsistemul exteroreceptor* include segmentele periferice ale analizatorilor (vizual, auditiv, tactil, olfactiv), care conţin celule sensibile specializate şi nesubstituibile de la un analizator la altul.

2). *Subsistemul procesării aferente* cuprinde structurile neuronale ale analizatorilor, cu cele două structuri principale – *subcorticale* (nucleii talamici) şi *structurile corticale* (zonele primare de proiecţie şi asociative secundare, strict delimitate topografic.

3). *Subsistemul cognitiv integrativ şi decizional* este alcătuit din structurile neocorticale dispuse în lobii occipital, temporal, parietal şi frontal între zonele primare de proiecţie şi cele senzoriale secundare. Acest subsistem corelează imaginea actuală a stimulului şi a contextului cu experienţa anterioară (informaţia despre situaţiile anterioare asemănătoare cu cea dată şi despre modul în care s-a procedat atunci).

4). *Subsistemul de programare-planificare* este format din structurile prefrontale ale neocortexului şi efectuează legătura logică între imagine (stimul, motiv), scop şi mijloc (cum trebuie răspuns).

5). *Subsistemul executiv* este format din ariile corticale primare care generează căile de comandă (primordiale) ale mişcărilor voluntare, zonele corticale premotorii şi motorii suplimentare, care dau naştere la căile de reglare a mişcărilor), nucleii bazali

(striatul) structuri de la nivelul cerebelului, centrele motorii de la nivelul mezencefalului și măduvei spinării (coarnele anterioare).

Componenta corticală primară a sistemului integrează schemele logice ale mișcărilor și programele de articulare a lor, în funcție de destinația instrumentală (în raport cu situațiile asupra cărora se acționează) și le activează la semnalele primite de la subsistemul cognitiv și de la cel de programare-planificare, și pe această bază emite comanda de execuție. Comanda ajunge la veriga de execuție (mușchii membrelor și trunchiului) prin intermediul structurilor subcorticale – mezencefalice și medulare. Structurile corticale premotorii și motorii suplimentare emit semnale către corpii striați și cerebel, contribuind la modularea sau reglarea caracteristicilor mișcărilor automatizate (fluența, melodicitatea, tempoul etc.).

În cazul comportamentului verbal, subsistemul executiv cuprinde centrul Broca, care activează schemele articulatorii ale sunetelor și ale conectării lor în cuvinte și emite comenzi către aparatul fono-articulator. Comenzile ajung la elementele acestui aparat prin intermediul ramurilor motorii ale nervilor cranieni (facial-perechea a VII-a, vag-perechea a X-a, hipoglos-perechea a XII-a).

6). *Subsistemul feedback* este format din veriga proprioceptiv-kinestezică, veriga vizuală și veriga auditivă (care transmit informație despre desfășurarea mișcărilor și despre efectele acestora). Informația este distribuită, spre procesare și evaluare, structurilor centrale ale subsistemelor cognitiv-integrativ și de programare-planificare, care validează sau corectează răspunsurile.

În comportamentele dobândite automatizate, dintre verigile menționate, rolul activ principal îl joacă: veriga sintezei aferente, veriga mnezică imagistică, veriga motorie și veriga executivă. În comportamentul inteligent, reclamat de situații noi, esențială devine veriga cognitiv-integrativă și decizională, fiind necesare operațiile de explorare, de analiză comparativă pe baza unor criterii logice, stabilirea de relații adecvate între elementele situației și răspunsurile motorii (veriga executivă).

Organizarea la nivel cortical a acestui comportament este astfel structurată, încât fiecare intrare senzorială și fiecare stimul pot fi puse în legătură cu oricare unitate motorie de răspuns. Eficiența adaptativă a comportamentului inteligent este dată tocmai de această posibilitate, cât și de existența unui număr mare al gradelor de libertate al mișcărilor secvențiale, care le permite să intre în multiple combinații atât între ele însele, cât și între ele și veriga sintezei aferente (analizatori).

Inteligența este acea componentă psihică expresie a organizării structural-funcționale generale a creierului, care asigură achiziția (dobândirea) comportamentelor optime, care au valoarea adaptativă cea mai mare în condițiile, relativ stabile, date.

Sistemele globale, supraordonate pe care le-am prezentat în cadrul mecanismelor învățării, respectiv, sistemul de activare (A), sistemul de procesare (C) și sistemul de supervizare (S), intră și în mecanismul general al comportamentului. Orice comportament finalist, dobândit și inteligent, presupune și se bazează pe: existența stării de veghe (de fond – exprimată în ritmul alfa – α – și dinamic – focalizată exprimată în ritmul beta – β), prezența procesării, evaluării/interpretării informațiilor despre mediul extern (modelul informațional veridic al acestuia), și prezența controlului conștient de corelare și compatibilizare a actelor comportamentale individuale cu specificul situațiilor și cerințele mediului social.

Trebuie să precizăm că, în cadrul schemei generale a mecanismului de integrare a comportamentului finalist al omului, raporturile funcţionale dintre verigile componente se modifică de la un tip particular de comportament la altul. Modificările cele mai importante sunt introduse de conţinutul sarcinilor ocupaţiei sau profesiunii exercitate. Una va fi configuraţia acestor mecanisme la un arhitect şi alta la un istoric; una va fi această configuraţie la un muzician instrumentist şi alta la un inginer electronist sau la un matematician etc. Diferenţele cele mai semnificative se evidenţiază la nivelul blocului cognitiv, al blocului motivaţional şi al blocului executiv.

Aşadar, o analiză riguros obiectivă şi completă a mecanismelor neuropsihice ale comportamentului trebuie corelate şi îmbinate: planul general şi planul diferenţial (particular şi individual), planul sincronic (transversal) şi planul diacronic (longitudinal).

Condiţia esenţială a realizării comportamentului normal este menţinerea integrităţii structural-funcţionale a fiecăreia din verigile constitutive de bază ale mecanismului neurofiziologic specific.

Afectarea uneia sau alteia din aceste verigi al cărei efect se concretizează în tulburări de genul amneziilor, acalculiilor, afaziilor, apraxiilor etc. perturbă grav sau face imposibil un comportament finalist adecvat.

BIBLIOGRAFIE

ANDERSON, J.R., 1983, *The Architecture of cognition,* Harvard Univ. Press, Cambridge.

ANDERSON M., 1990, *Intelligence and Development A Cognitive Theory*, Blackwell Publ. Oxford.

ARSENI, C., GOLU, M., DĂNĂILĂ, L., 1983, *Psihoneurologie*, Ed. Academiei, Bucureşti.

ASHBY, R., 1960, *Design for a Brain. The Origin of Adaptive Behavior*, John Wily, New York.

ATKINSON, R.C., SHIFFRIN, R.M.,1968, „Human Memory a proposed system and its controlprocesses", în Spence K.W., Spence J.T. (ed.) *The psychology of Learning and motivation*, vol. 2, Academic Press, New York, pp. 89-195.

ATKINSON, R.L., ATKINSON, R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J., 2002, *Introducere în psihologie*, Ed. Tehnică, Bucureşti.

BADDLEY, A., 1990, *Human Memory. Theory and practice*, Allyn and Bacon, London.

BADDLEY, A., 1992, „Working Memory. The interface between memory and cognition", *Journal cognitive Neuroscience*, nr. 4, pp. 281-288.

BARNETT, S.A., 1968, *Instinct and Intelligence,* Practice Hull Inc., Englewood Cliffs, N.J.

BATESON, P., HORN, G, 1994, *Imprinting and recognition memory*, Anim. Behavior, 48, pp. 695-715.

BECHTEL, W., ABRAHANSEN, A. (eds.), 1990, *Connectionism and the Mind,* Blacwell, Oxford.

BERTANLANFFY, L. VON, 1968, „General Theory of Systems Application to Psychology", in *The Social Science. Problems and Orientations*, George Braziler Inc. New York.

BOTEZ, M.I. (red.), 1996, *Neuropsihologia şi neurologia clinică a comportamentului*, Ed. Medicală, Bucureşti.

BRODY, N., 1992, *Intelligence*, Acad. Press, San Diego.

BROAFBENT, D.E., 1984,„The Maltese Cross: a new simplistic model for Memory", *Behav. Brain Sci.*, 7, pp. 55-94.

BRUCKNER, R.L., TULVING, E. 1995, „Neuroimaging Studies of memory: theory and recent PET Results", în: Boller, F., Grafman, J. (eds.), *Handbook of Neuropsycholog*, vol. 10, pp. 434-466.

CHOLVIN, D., 1991, *Utiliser tout son cerveau*, Mason, Paris.

CHERRY, C., 1971, *On human communication*, M.I.T. Press, London.

MCCARTHY, R.R., WARRINGTON E. K., 1988, „Evidence for modality specific memory system in the Brain", *Nature*, 334, pp. 428-430.

COURTNEY S.M. ET. AL., 1996, „Object and spatial visual working memory activate separate neural system", în *Human Cortex, Cerebral cortex*, 6 pp. 571-584.
CIOFU. I., GOLU, M., VOICU, C., 1978, *Tratat de psihofiziologie*, Ed. Academiei, Bucureşti.
CRAIK, F.I.M., 1983, *On the transfer of information from temporary to permanent memory*, Phil. Transf. R. Soc, London, B. 302, pp. 341-359.
DĂNĂILĂ, L., GOLU, M., 2006, *Tratat de neuropsihologie*, vol. I şi II, Ed. Medicală, Bucureşti.
DECTY. J., 1996, „Do Imagined and executed actions Share the Same neural substrate", *Cognit. Brain Res.*, 3, pp. 87-93.
DEKKER, J.A.M., CONNOR, D.J., THAL, L.J., 1991, „The role of cholinergic projections from the nucleus basilis in memory", *Neuroi. Behav. Res.*, 15, pp. 299-317.
DELACOUR, J., 1987, *Apprentisage et Memoire: Une approche neurobiologique*, Mason, Paris.
DELACOUR, J., 1997, *Neurobiology of consciousnesss: an overview*, Behav. Brain Pres., 85, pp. 127-14.
DELACOUR, J., 2001, *Introducere în neuroştiinţele cognitive*. Ed. Polirom, Iaşi.
DUDAL, Y., 1994, „Molecular devices in neuronal learning machines", în: J. Delacour, *The Memory System of the Brain*, World Scientific Publishing, pp. 319-336.
DUCAN, J., 1996, „Attention, intelligence and the frontal lobe", in: M. Gazzaniga (ed.), The Cognitive *Neurosciences*, MIT Press, pp. 721-733.
ECCLES, J., 1981, „The modular operation of the cerebral cortex, considered as material basis of mental events", *Neuroscience*, 6, pp. 1839-1856.
ECCLES, J., POPPER, K., 1980, *The brain and its self*, Verlag, Berlin.
ERDI, P., 1996, „Brain as a hermenenti device", *Biosystems*, 38, pp. 179-189.
FUSTER, J., 1993, „Frontal lobes", *Cur. Opinion Neurobiol.* 3, pp. 160-165.
FESTINGER, L., 1957, *A theory of cognitive disonance*, Stanford, Univ. Press, Stanford.
GAZZANIGA, M.S., 1992, *Nature's Mind: The Biological roots of Thinking, Emotion, Sexuality, Language and Intelligence*, Basic Books, New York.
GAZZANIGA, M.S., 1996, *The Cognitive Neursciences*, MIT, Cambridge Mass.
GOLDMAN RAKIC, P.S., 1988, „Topography of cognition; Parallel distributed networks in primar association cortex", *Ann. Rev. Neurosci.*, 11, pp. 137-156.
GOLU, M., 1972, *Percepţie şi activitate*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti.
GOLU, M., 1975, *Principii de psihologie cibernetică*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
GOLU, M., 1981, *Bazele neurofiziologice ale psihicului*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
GOLU, M., 2006, *Fundamentele psihologiei*, Ed. Fundaţiei România de Mâine, Bucureşti, vol. I şi II.
GOLU, M., 2007, „Tulburări psihocomportamentale în leziuni focale ale zonelor prefrontale ale creierului", *Revista de Psihopedagogie*, 2, pp. 8-16.
GOLU, M., 2008, „Tulburări psihocomportamentale consecutive leziunilor segmentului posterior al lobilor frontali", *Revista de Psihopadagogie*, 1, pp. 11-17.
GOLU, P., 1967, „Intelect şi motivaţie", *Revista de Psihologie*, nr. 1, pp. 31-45.
GOLU, P., 1985, *Învăţare şi dezvoltare*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
GOULD, J.L., 1986, *The biology of learning*, Ann. Rev. Psychol, 37, pp. 163-192.
GRIFFIN, D.R., 1992, *Animal Minds*, Chicago, Univ. Press, Chicago.
HEILIGENBERG, W., 1991, *The neural basis of behavior*, Rev. Neurosci. 14, pp. 247-267.
HULL, C.L., 1943, *Principles of Behavior*, Appleton Century Crofts, New York.
JOHNSON-LAIRD, P., 1993, *The Computer and the Brain*, Fontana Press, London.
KANDEL, E.R., 1976, *Cellular Basis of Behavior*; Freeman, San Francisco.
KAUFFMAN, S.A., 1993, *The origins of Order, Self-Organization and Selection in Evolution*, Oxford Univ. Press, Oxford.
LASHLEY, K.S., 1929, *Brain Mechanisme and Intelligence*, Univ. Of Chicago Press, Chicago.
LURIA, A.R., 1963, *Mozg celoveka i psihiceskie proţessî*, APN, Moscova.
LURIA, A.R., 1973, *Osnovî neuropsihologhii*, MGU, Moscova.
LURIA, A.R., 1973, *The working Brain*, Plennum Press, London.
LURIA, A.R., HOMSKAIA, E.D., 1966, *Lobnîe doli i reguliaţia psihiceschih protessov*, MGU, Moscova.
MCCULLOCH, W., 1970, *Embodiments of Mind*, The MIT Press, Cambridge, M.
MESULAM, M.M., 1986, *Frontal cortex and behavior*, Arch. Neurol. 19, pp. 320-326.
MESULAM, M.M., 2000, *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology*, Oxford Univ. Press, Oxford.

Neisser, U., Winograd E. (ed.), 1988, *Remembering, Reconsidered: Ecological and Traditional Approaches to Study of memory*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
PAVLOV I.P., 1923, *Leçons sur l´activité du cortex cerébral*, A. Legrand, Paris.
PAVLOV I.P., 1932, *Les reflexes conditionnels*, Alcan, Paris.
PIAGET, J., 1965, *Psihologia inteligenţei*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti.
PENFIELD, W., 1969, „Consciousness, memory and man´s conditioned reflexes", in K. Pribram (ed). *On the Biology of Learning*, Harecourt, New York.
POPESCU-NEVEANU, P., 1977, *Curs de psihologie generală*, vol. 2, Tip. Univ. Bucureşti.
RADU, I., 1966, *Psihologia învăţării*, Ed. Sincron, Cluj-Napoca.
RADU, I., şi colab., 1991, *Introducere în psihologia contemporană*, Ed. Sincron, Cluj-Napoca.
RUMELHART D.E., MCCLELLAND, J.L., 1987, *Parallel Distributed Processing*, MIT Press, Cambridge Mass.
SHALLICE, T., 1988, *From Neuropsychology to Mental Structure*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
SHEPHERD, G.M., 1994, *Neurobiology*, Oxford Univ.Press, Oxford.
SKINNER, B.F., 1938, *The Behavior of organisms*, Appleton Century Crafts, New York.
SOKOLOV, E. N., 1963, *Perception and Conditioned reflexes*, MacMillan, New York.
SPERRY, R.W., 1980, „Mind-Brain interaction: Mentalism, 'Yes'; dualism, ‚No'", *Neuroscience*, 5, pp. 195-206.
SQUIRE, L.R., 1987, *Memory and Brain,* Oxford Univ. Press, Oxford.
THORNDIKE, E.I., 1932, *The Fundamentals of Learning* Teachers College Press, New York.
TOLMAN,, E.L., 1938, *The determiners of behavior at choice point*, Psychol. Rev., 45, pp. 1-41.
WATSON, J.B., 1925, *Behaviorism*, Norton, New York.
VERZA, E., 2003, *Tratat de logopedie*, Ed. Fundaţiei Humanitas, vol. I.
VERZA F.E., 2002, *Introducere în psihopedagogie specială şi asistenţă socială,* Ed. Fundaţia Humanitas.
YOUNG, P.A., YOUNG, P.H., 2000, *Neuroanatomie generală şi clinică*, Ed. Medicală Calisto, Bucureşti.
ZLATE, M., 1999, *Psihologia mecanismelor cognitive*, Ed. Polirom, Iaşi.

CAPITOLUL IV
DEFICIENŢA DE INTELECT

1. PROBLEMATICA PSIHOPEDAGOGIEI DEFICIENŢEI DE INTELECT

1.1. Aspecte generale

O categorie relativ numeroasă de persoane, care, pe fondul unor afecţiuni – adesea cerebrale, suferite în perioada timpurie a dezvoltării, dezavantajându-i – o reprezintă copiii, adolescenţii şi tinerii cu deficienţe de intelect sau mintale. Din dorinţa de-a nu-i stigmatiza prin epitete „dure", îi caracterizăm ca având *cerinţe educative speciale*. O facem şi din dorinţa de a-i ajuta şi proteja, ei ne având capacitatea de a-şi conştientiza trebuinţele şi a formula cerinţe! Ei au în schimb necesităţi de care nu sunt responsabili şi nici apţi de-a şi le satisface! Drept consecinţă, au nevoie de sprijin multiplu — desigur, inclusiv în planul educaţiei, dar nu numai!

Deficienţa de intelect este o categorie foarte eterogenă din punct de vedere al etiologiei şi al formelor de manifestare, al gravităţii fenomenului, inclusiv al caracterului, duratei şi al modalităţilor prin care trebuie şi poate fi acordat sprijinul necesar. Deficienţa de intelect este, totodată, şi unul din fenomenele cele mai complexe, mai dificil de abordat, atât sub aspectul studiului şi al interpretării simptomelor concrete, adesea combinate diferit de la caz la caz, cât şi al intervenţiei practice ameliorative, în plan psiho-pedagogic şi socio-medical, intervenţie ce trebuie iniţiată cât mai de timpuriu posibil şi continuată pe întreg parcursul unei îndelungate perioade, îndeosebi în cazurile de deficienţă accentuată – adică severă şi profundă – aceste cazuri, îndeosebi cele cu deficienţă profundă, având nevoie de supraveghere şi sprijin pe întreg parcursul vieţii lor, din partea propriei familii şi a comunităţii de apartenenţă.

1.2. Terminologie, definiţii şi grade

1.2.1. Alături de celelalte categorii de copii cu deficienţe posibile – senzoriale (de auz şi de vedere), de limbaj, ale dezvoltării fizice, locomotorii ş.a. – copiii, adolescenţii şi tinerii cu deficienţe de intelect, formează, şi ei, obiectul de studiu al ***psihopedagogiei speciale***, domeniu ştiinţific complex cu caracter multidisciplinar şi interdisciplinar. Multidisciplinaritatea psihopedagogiei speciale constă în faptul că, pe lângă cele două componente de bază – psihologia şi pedagogia – nominalizate împreună chiar în denumirea domeniului, ea integrează organic idei şi practici, inclusiv din alte domenii, cum sunt ştiinţele medicale, ştiinţele sociale şi juridice, precum şi cele din

domeniul tehnicii, de la care se preia aparatură modernă şi diversă, inclusiv de protezare la nevoie, atunci când deficienţa de intelect se asociază cu deficienţe protezabile de auz, de vedere sau cu invalidităţi motorii.

Dintre termenii folosiţi ca sinonimi termenului „deficienţă de intelect", amintim, mai ales: „deficienţă mintală", „înapoiere mintală" şi „întârziere mintală", toţi trei având în componenţa lor cuvântul „mintal", care, în acest context, poate fi înlocuit, fără a schimba sensul, cu „mental" sau „de intelect".[1] Indiferent care dintre aceşti termeni este folosit, el se referă la inteligenţă, la baza căreia se află operaţiile de analiză, sinteză, abstractizare şi generalizare.

La deficientul de intelect, toate aceste operaţii mintale sunt vizibil afectate, cea mai puternic fiind, însă, afectată operaţia de generalizare. De altfel, în neuropsihiatrie, dar şi în psihopedagogia specială, diminuarea evidentă şi stabilă a capacităţii de generalizare este considerată „simptom central al sindromului oligofrenic", unii specialişti, mai ales medici, folosind termenul de oligofrenie ca sinonim celui de deficienţă sau înapoiere sau întârziere mintală sau de intelect.

1.2.2. Una dintre primele definiţii ale fenomenului pe care-l abordăm în lucrarea de faţă, adică a deficienţei de intelect, a fost formulată în România de către cunoscutul psiholog clujean – ***Alexandru Roşca*** (1936, pag. 32) – după care această „stare de anormalitate" reprezintă „o potenţialitate restrânsă sau o oprire a dezvoltării cerebrale, în urma căreia persoana atinsă este incapabilă la maturitate să se adapteze la mediul său, la cerinţele comunităţii, în aşa fel încât să-şi poată menţine existenţa, fără supraveghere şi sprijin extern".

Cinci ani mai târziu, psihologul american ***E.A. Doll*** (1941) publica, într-un articol al său, o definiţie asemănătoare a aceluiaşi fenomen, prin care punea în evidenţă următoarele caracteristici:

- o stare de subnormalitate mintală;
- datorată unei opriri a dezvoltării;
- de origine constituţională;
- având un caracter esenţialmente incurabil;
- concretizându-se într-o stare de incompetenţă socială, ce se constată la maturitate.

În ambele aceste demersuri de definire a fenomenului deficienţei mintale (sau de intelect), datând din primele decenii ale secolului trecut, constatăm insistenţa autorilor citaţi pe două aspecte esenţiale:

a. *prezenţa*, la persoanele care intră sub incidenţa fenomenului definit, a *unor afecţiuni evidente şi persistente în planul complex al dezvoltării*, sub aspect anatomo-fiziologic şi psihic, ceea ce se consideră că reprezintă deficienţa propriu-zisă;

[1] Pentru a justifica această afirmaţie, reproducem definiţia cuvântului *intelect*, preluată din: Popescu-Neveanu P. (1978, pag. 361): „*intelect*, cuvânt generic cu semnificaţii variate, utilizat pentru a desemna totalitatea funcţiilor mintale centrate în jurul gândirii abstracte şi logice, capacitatea de-a gândi, de-a opera cu noţiuni: minte, gândire, raţiune".

b. *consecinţele negative ale acestor afecţiuni în planul integrării sociale*, adică ceea ce se consideră că reprezintă starea de handicap, consecutivă deficienţei.

Am ţinut să subliniem aceste idei, pentru a evidenţia, odată în plus, că termenul „deficienţă de intelect sau mintală" nu este sinonim cu termenul „handicap de intelect sau mintal" şi, prin urmare, cei doi termeni nu trebuie utilizaţi la întâmplare, unul în locul celuilalt, pentru a nu se produce confuzii în înţelegere şi, mai ales, în iniţierea de măsuri preventive şi ameliorative, atât a deficienţei, cât şi a stării consecutive de handicap. Pentru a fi eficiente, asemenea măsuri trebuie să aibă un caracter complex şi de lungă durată, iniţiate în plan psihopedagogic, social şi medical, ordinea iniţierii şi caracterul măsurilor respective depinzând doar de importanţa lor în momentul dat şi în contextul concret.

Suntem conştienţi de faptul că, referindu-ne repetat la domeniul medical, alături de cel al psihologiei şi pedagogiei, atunci când abordăm problematica deficienţei de intelect, s-ar putea să trezim nedumerirea adepţilor „demedicalizării" domeniului psihopedagogiei speciale. Le sugerăm acestora să-şi amintească faptul că, printre precursorii şi militanţii domeniului nostru s-au numărat, întotdeauna, şi medici de prestigiu. Referindu-se tocmai la acest aspect, fondatorul şi primul director al fostului „Institut de Ştiinţe Pedagogice" din Bucureşti – prof. univ. dr. ***Stanciu Stoian*** (1968, pag. 9) – afirma în „Cuvânt introductiv" la o culegere de studii, elaborată în institutul menţionat, că pedagogia deficienţilor s-a constituit în secolul al XVIII-lea şi la începutul secolului al XIX-lea, merite deosebite revenind, în acest domeniu, medicului şi, totodată, pedagogului ***J. Itard***, care s-a ocupat de celebrul caz al „Sălbaticului din Aveyron". Promovarea şi dezvoltarea în continuare a ideilor lui Itard, cu privire la tratamentul şi educaţia persoanelor cu deficienţe accentuate ale inteligenţei a fost realizată de către discipolul său ***Ed. Seguin*** (1846), autor al unei lucrări referitoare la „morala, igiena şi educaţia" persoanelor cu deficienţe profunde de intelect. Aşa cum subliniază acelaşi Stanciu Stoian, tot medici au fost şi ***Ovide Decroly*** sau ***Maria Montessori***, dar ei au devenit cunoscuţi în ştiinţe, în primul rând nu ca medici, ci ca pedagogi.

1.2.3. Desigur, pentru perioada începutului de secol XXI, în care ne aflăm şi în care psihopedagogia specială face un efort deosebit pentru a scoate în evidenţă şi unele aspecte mai bine reprezentate în structura afectată a personalităţii deficienţilor de intelect, aspecte pe care, constatându-le, avem posibilitatea de-a le utiliza în procesul de educaţie compensatorie şi de stimulare a dezvoltării, cele două definiţii reproduse mai sus, după A.Roşca şi E.A.Doll, pot părea pesimiste şi chiar demobilizatoare, ele punând accentul pe aspecte ca: „stare de anormalitate", „oprire a dezvoltării cerebrale", „caracter esenţialmente incurabil" etc. Pentru a atenua această impresie, reproducem, în continuare, o definiţie dată „debilităţii mintale" de către cunoscutul psiholog, ***R. Zazzo***, într-o culegere de studii interdisciplinare, publicată la Paris în anul 1969 şi reeditată de câteva ori, fiind tradusă inclusiv în România în anul 1979. Iată această definiţie, care se referă la nivelul lejer al deficienţei de intelect, adică la „debilul mintal", apt de şcolarizare primară şi de pregătire pentru activităţi practice accesibile: „Debilitatea este prima zonă de insuficienţă mintală - insuficienţă legată de exigenţele societăţii, exigenţe care sunt variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta – insuficienţă ai cărei determinanţi

sunt biologici (normali sau patologici) având un efect ireversibil *în starea actuală a cunoştinţelor noastre*" (R. Zazzo, trad., 1979, pag. 33). Am subliniat aceste ultime cuvinte din fragmentul citat, pentru a evidenţia optimismul lui R. Zazzo, cu privire la ceea ce se va putea realiza, în viitor, desigur prin cercetare ştiinţifică aprofundată, inclusiv în domeniul interdisciplinar al psihopedagogiei speciale – pentru a ne îmbogăţi cunoştinţele referitoare la cauzele diferitelor deficienţe, inclusiv la modalităţile de prevenire, tratament şi eradicare a cât mai multora dintre aceste cauze.

Nu mai puţin optimiste sunt şi următoarele cuvinte ale lui ***L.S. Vâgotski***, aşezate ca motto în debutul unei lucrări, publicate la Moscova (în: **Nazarova N.M.**, sub red., 2001, pag. 5) „...Mai degrabă sau mai târziu, omenirea va învinge atât orbirea şi surditatea, cât şi oligofrenia! Mai devreme, însă, ea va învinge în plan social şi pedagogic, decât în plan medical şi biologic". Prin această afirmaţie, Vâgotski scoate în evidenţă mai ales aportul ştiinţelor pedagogice şi sociale în prevenirea şi înlăturarea handicapului de intelect, adică a fenomenului frecvent de neintegrare socială, în măsura în care acelaşi obiectiv al prevenirii şi înlăturării deficienţei propriu-zise este un atribut prioritar ce trebuie să beneficieze de o atenţie sporită a specialiştilor din domeniul ştiinţelor medicale şi biologice şi, fără îndoială, inclusiv din cel al ştiinţelor psihologice.

1.2.4. Reproducem, în continuare, o definiţie mai recentă a „deficienţei mentale", dată de către „Asociaţia Americană de Psihiatrie", sub denumirea de „retardare mentală", publicată la Washington şi Londra în anul 2000 şi tradusă în româneşte, prin „D.S.M. IV", Bucureşti, 2003, pag. 39: „Această tulburare este caracterizată printr-o funcţionare intelectuală semnificativ sub medie (un Q.I. de aproximativ 70 sau sub) cu debut înainte de 18 ani şi prin deficite sau deteriorări concomitente în funcţionarea adaptativă." Se precizează, de asemenea, treptele de gravitate: „retardarea mentală uşoară, moderată, severă şi profundă", menţionându-se, totodată, limitele psihometrice între care se situează fiecare treaptă. Rezultă astfel (la pag. 42 a aceleiaşi publicaţii):

Schema gradelor de severitate ale retardării mentale:
- retardare mentală uşoară - nivel Q.I. de la 50-55 până la aproximativ 70;
- retardare mentală moderată - nivel Q.I. de la 35-40 până la 50-55;
- retardare mentală severă - nivel Q.I. de la 20-25 până 35-40;
- retardare mentală profundă - nivel Q.I. sub 20 sau 25.

În această schemă a treptelor/gradelor retardării mentale, se observă cu uşurinţă că limitele dintre două trepte învecinate nu se notează printr-o cifră punctuală, ci printr-o diferenţă de 5 puncte, faptul datorându-se intenţiei autorilor de-a ilustra, prin acest procedeu, caracterul relativ al limitelor dintre două trepte. Legat de aspectul menţionat, se face şi precizarea că (*op. cit.*, pp. 48-49): Sistemul de clasificare al Asociaţiei Americane pentru Retardarea Mentală (A.A.M.R.) pune în evidenţă, de fapt, *trei criterii fundamentale de declarare a retardului mental* (la persoana investigată):

a/ funcţionarea intelectuală semnificativ sub medie, adică un Q.I. de aproximativ 70 sau situat sub această valoare, la un test administrat individual;

b/ prezenţa unor deficite/deteriorări concomitente în cel puţin două din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, viaţa de familie, aptitudini sociale/interpersonale, uz

de resursele comunităţii, autoconducere, aptitudini şcolar-funcţionale, muncă, timp liber, sănătate şi siguranţă." (*op. cit*., pag. 49);[2]
c/ debut înainte de 18 ani.[**]

Această schemă/definiţie a deficienţei de intelect poate fi deosebit de utilă în activitatea de orientare instituţională, inclusiv şcolară, a copiilor şi adolescenţilor cu dificultăţi numeroase şi persistente în învăţare şi adaptare la solicitări accesibile marii majorităţi a copiilor şi adolescenţilor de aceeaşi vârstă reală, în condiţiile în care, făcând apel la criteriul psihometric de calcul al unui coeficient intelectual, se admite ipoteza prezenţei unei reale deficienţe de intelect, numai dacă acest coeficient se situează la maxim 70 unităţi ale Q.I. sau mai jos.

De asemenea, este important faptul că, pe lângă criteriul psihometric, se subliniază necesitatea luării în considerare, în stabilirea unui diagnostic corect de „deficienţă mintală", a cel puţin două caracteristici negative, dintr-o enumerare de 12 deficite/deteriorări posibile, de a fi prezente în cazul acestei categorii de deficienţe. Desigur, cu cât deficitele/ deteriorările vor fi mai numeroase şi corelate, inclusiv cu un coeficient intelectual mai scăzut, cu atât deficienţa de intelect va fi mai accentuată.

Vom reveni asupra acestei problematici într-un alt capitol, unde se vor analiza problemele diagnosticului deficienţei de intelect, nu doar prin aplicare de teste psihometrice, ci printr-o metodologie bazată pe *un sistem modern de diagnoză formativă şi prognoză diferenţiată*. Tot atunci, vom analiza şi problematica „intelectului de limită" şi a „falsei sau pseudodeficienţei de intelect" – zonă situată psihometric, aproximativ, între Q.I. = 70/75-85/90, caracterizată prin prezenţa masivă a celor cu dificultăţi de învăţare şi adaptare, fără a avea, de fapt, deficienţă propriu-zisă de intelect. Ponderea lor în populaţia infantilă este de câteva ori mai mare, decât a celor cu deficienţe de intelect reale, ridicând probleme deosebite de instruire şcolară şi adaptare socială, întrucât, în afara unei educaţii corect adaptate în contexte şcolare obişnuite, dobândesc, adesea, pseudocompensator, comportamente deviante, nocive pentru ei înşişi, pentru familie şi comunitate.

În fine, reproducem şi o definiţie, pe care ne-o propune ***Alois Gherguţ*** (2005, pag. 108), de la Universitatea din Iaşi: „Prin deficienţă mintală, înţelegem reducerea semnificativă a capacităţilor psihice, care determină o serie de dereglări ale reacţiilor şi mecanismelor de adaptare ale individului la condiţiile în permanentă schimbare ale mediului înconjurător şi la standardele de convieţuire socială dintr-un anumit areal cultural, ceea ce plasează individul într-o situaţie de incapacitate şi inferioritate, exprimată printr-o stare de handicap în raport cu ceilalţi membrii ai comunităţii din care fac parte. Deficienţa mintală este înţeleasă ca o deficienţă globală, care influenţează semnificativ adaptarea socio-profesională, gradul de competenţă şi autonomie personală

---

[2] În legătură cu domeniile enumerate, putem afirma, pe baza experienţei proprii de lucru cu această categorie de copii, că prezenţa maximă a dificultăţilor întâmpinate se înregistrează în domeniile: *comunicare, autoîngrijire/autoconducere şi socializare,* domenii asupra cărora trebuie orientate, prioritar, activităţile stimulativ/compensatorii personalizate.

[**] În alte izvoare bibliografice, acest moment nu este raportat la o vârstă cronologică, ci la etapa de încetare a dezvoltării cerebrale în plan anatomo-fiziologic, undeva în jurul vârstei de 16 ani.

şi socială, afectând întreaga personalitate: structură, organizare, dezvoltare intelectuală, afectivă, psihomotorie, adaptativ comportamentală. Statisticile OMS arată că deficienţa mintală este întâlnită la aproximativ 3-4 % din populaţia infantilă, având diferite grade de intensitate şi variate forme de manifestare clinică".

1.3. Frecvenţa şi dinamica deficienţei/handicapului de intelect

1.3.1. Odată cu menţionarea, în rândurile de mai sus, a procentului estimativ – din partea OMS – cu privire la proporţia de 3-4 % din întreaga populaţie infantilă a celor cu deficienţe/handicap de intelect de diferite grade – intrăm, de fapt, în conţinutul subcapitolului referitor la ponderea pe care aceştia o deţin în totalul populaţiei infantile a unei ţări sau a unei zone geografice, chiar dacă această pondere nu este nici măcar aproximativ egală în toate aceste ţări şi zone.

Dacă la o primă vedere, procentul invocat de 3-4 % din întreaga populaţie de vârstă preşcolară şi şcolară nu pare exagerat, exprimată, însă, în cifre concrete, ea devine de-a dreptul alarmantă. În fond, procentul invocat reprezintă 30-40.000 de cazuri la 1 milion de preşcolari şi şcolari ! Această cifră constituie o ilustrare concretă a importanţei pe care o dobândesc, pentru societatea modernă, problemele ce se ridică în legătura cu profilaxia, tratamentul, asistenţa socială şi educaţia adaptată a persoanelor cu deficienţe / handicap de intelect. De altfel, procente şi cifre estimative asemănătoare au fost invocate şi de alţi autori.

De exemplu, ***P. Arcan*** şi ***D. Ciumăgeanu*** (1980), apoi şi ***I. Druţu*** (1995) apreciau la 4% ponderea copiilor cu deficienţe/handicap de intelect din România. Tot în aceeaşi perioadă, ***I. Străchinaru*** (1994, pp. 20-21) – reprezentant al şcolii psihopedagogice ieşene – referindu-se la aceeaşi categorie de copii, invoca procentul de 5%, făcând şi următorul comentariu comparativ între ponderea deficienţilor de intelect şi ponderea deficienţilor senzoriali: „...Ei (adică deficienţii de intelect) nu atrag atenţia numai pentru că sunt circa 50% din totalul copiilor cu deficienţe, ci şi pentru faptul că sunt, spre exemplu, de 15 ori mai numeroşi decât surdomuţii şi de 35 de ori mai numeroşi decât nevăzătorii".

1.3.2. Toate aceste cifre şi procente reprezintă, desigur, estimări globale şi aproximative, care nu oferă un tablou exact asupra realităţilor din teren, unde lucrurile trebuie analizate prin raportare la locul (ţara, zona geografică) şi perioada în care ele se petrec. Referindu-se la această problemă, ***M. Roşca*** (1965, pag. 9) atrăgea atenţia asupra câtorva aspecte ce trebuie avute în vedere, atunci când se invocă cifre şi procente referitoare la ponderea, în populaţia generală, a cazurilor presupuse ca având deficienţe de intelect:

- lipsa unor standarde suficient de obiective în aprecierea „întârzierii mintale"[3] la preşcolari şi şcolari;

[3] Reamintim cititorilor că M. Roşca foloseşte, în lucrările sale, termenul de „întârziere mintală" ca sinonim celui de deficienţă de intelect (sau mintală).

- confuzia ce se face, adesea, între „întârziaţii mintal" propriu-zişi şi „întârziaţii şcolar" sau „întârziaţii pedagogic";
- frecvenţa diferită, la diferite vârste, a fenomenului de „întârziere mintală". Sub acest ultim aspect, autoarea menţiona datele obţinute de *E. R. Hilgard* (1962), date conform cărora „... s-a constatat că frecvenţa cea mai scăzută (sub 1 %) se întâlneşte la copiii mai mici de 5 ani, cifrele maxime fiind obţinute între 10 şi 11 ani, după care din nou se constată o scădere".

Comentând datele şi afirmaţiile de mai sus, **M. Roşca** (1967, pag. 17) sublinia: „Este clar că această variaţie a frecvenţei este ecoul variaţiei dificultăţilor întâmpinate de copii în procesul şcolarizării, pe măsura măririi volumului de cunoştinţe ce trebuie însuşite şi a creşterii nivelului lor de abstractizare. Ulterior, mergând spre şcoli profesionale sau spre producţie, *o parte dintre aceşti indivizi* (s.n.) realizează o adaptare suficientă pentru a nu se mai diferenţia, în mod vizibil, de populaţia cu intelect normal". Acceptând această explicaţie logică, ne punem totuşi întrebarea: *ce se întâmplă, atunci, cu cealaltă parte a indivizilor*, cărora nu le este accesibilă o asemenea adaptare, în contextul căreia să poată trece neobservaţi printre oamenii obişnuiţi, fără deficienţe. Răspunsul îl găsim în definiţia „debilităţii mintale", reprodusă mai sus după **R. Zazzo**, în care sunt subliniaţi doi factori, ce trebuie avuţi în vedere în caracterizarea fenomenului „debilităţii mintale", aceştia fiind: a/ *„determinanţii biologici* (normali sau patologici)", cu alte cuvinte, cauzele obiective ale debilităţii, dar şi b/ *„exigenţele sociale"*, mai mult sau mai puţin deosebite de la o epocă la alta, de la o zonă la alta.

Este evident că dinamica evoluţiei acestor doi factori cauzali ai „debilităţii mintale" - de fapt, ai întregii deficienţe de intelect - este diferită, modificarea determinanţilor cauzali fiind mai lentă, comparativ cu modificarea exigenţelor societăţii, faţă de fenomenul ca atare şi cauzele care-l determină. Societatea îşi doreşte, desigur, eradicarea totală sau măcar diminuarea semnificativă a fenomenului deficienţei de intelect, dar determinanţii acestui fenomen, acţionând şi lezând sistemul nervos central, fac aproape imposibil acest lucru „... în starea actuală a cunoştinţelor noastre", parafrazându-l din nou pe acelaşi **R. Zazzo**. Din păcate, tocmai datorită acestei „stări actuale a cunoştinţelor noastre", ştim doar că, odată lezată, substanţa cerebrală nu se mai reface, iar capacităţile intelectuale ale copilului/adolescentului aflat într-o perioadă intensă de creştere şi maturizare, rămân mereu şi din ce în ce mai mult în urma nivelului obişnuit pentru vârsta dată.

Rezultă că, până ce medicina şi biologia (sau poate alte ştiinţe ale viitorului) nu vor rezolva această problemă prin noi descoperiri, sunt necesare şi trebuie găsite modalităţi de compensare a procesului dezvoltării la această categorie de persoane, acţionând „pe căi ocolite", după expresia lui **L. S. Vâgotski**, acesta subliniind şi el, într-o frază de asemenea citată mai sus, că astfel de modalităţi „de-a învinge deficienţa" trebuie mai degrabă căutate „în plan social şi pedagogic, decât în plan medical şi biologic". Desigur, însă, că şi această afirmaţie ipotetică va rămâne în continuare relativă, până când, eventual, printr-un efort comun, interdisciplinar, va fi găsit antidotul real al deficienţei de intelect.

1.3.3. În finalul acestui subcapitol, este necesar să mai punem în discuţie încă un aspect important şi complex, pornind tot de la o afirmaţie a lui ***R.Zazzo***, care, în studiul introductiv la volumul „Debilităţile mintale" numeşte debilul mintal – adică forma uşoară a deficienţei de intelect – „fiu al şcolii publice şi obligatorii" (*op. cit.*, pag. 32). Prin această afirmaţie, autorul urmăreşte să demonstreze că, de fapt, obligativitatea învăţământului primar, instituită în ţările avansate la începutul secolului XX, a pus în evidenţă deficienţa mintală (de intelect) lejeră sau debilitatea mintală, prin manifestarea unui fenomen îngrijorător - eşecul global şi persistent la învăţătură, înregistrat de unii copii, chiar de la debutul lor în clasa I. Consecinţa practică a acestui fapt a constat, după cum este bine cunoscut, în instituirea unor forme diferenţiate de şcolarizare pentru aceştia, fie în şcoli speciale, cu un curriculum adaptat şi o structură organizatorică diferită de şcoala obişnuită, fie în clase speciale, organizate nemijlocit în unele şcoli obişnuite.

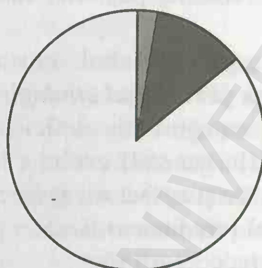
În lucrarea mai sus amintită, ***Stanciu Stoian*** (1968, pag. 16) – referindu-se la situaţia copiilor cu deficienţe de intelect din ţara noastră, făcea următoarea precizare: „În ce-i priveşte pe deficienţii mintal, prima şcoală destinată acestora ia fiinţă la Inău, în nordul Transilvaniei şi, tot în Transilvania, după unirea din 1918, ia fiinţă o şcoală ajutătoare la Cluj. Am putea face aici o remarcă de pedagogie comparată (spunea în continuare autorul). În ţările apusene, un învăţământ special, organizat pe bază de lege, apare în primele două decenii ale secolului XX. În Franţa, de pildă, o astfel de lege este votată în anul 1909. În ţara noastră, o legiferare a acestui învăţământ este preconizată înainte de războiul din 1916-1918, dar nu se trece la fapt atunci. În schimb, acest lucru are loc aproape imediat după război, prin legea învăţământului primar şi normal primar din 1924. Este încă o dovadă că, în această privinţă, ca şi în altele, ţineam pasul cu vremea".

Autorul citat făcea şi precizarea că, într-un capitol aparte (al VI-lea, art. 12) al legii menţionate, se vorbeşte nu numai despre şcoli speciale, dar şi de clase speciale pentru copii cu forme şi grade diferite de deficienţe, susceptibile de educaţie. Iată, deci, că o măsură legislativă – iniţiată în legătură cu un fenomen socio-politic devenit necesar – adică declararea, prin lege, a obligativităţii învăţământului primar pentru toţi copiii în vârstă de 7-11 ani, a determinat lărgirea limitelor declarate ale fenomenelor dezvoltării inteligenţei dincolo de cele două zone luate în considerare până atunci, adică deficienţa mintală profundă şi deficienţa mintală severă.

Un fenomen asemănător, dar de dimensiuni mai largi, decât cel pus în evidenţă de generalizarea obligativităţii învăţământului primar, s-a petrecut cu câteva decenii mai târziu, odată cu prelungirea obligativităţii învăţământului general până la durata de şapte – opt ani, adică a treptei gimnaziale. În aceste condiţii, s-a înregistrat o creştere semnificativă a procentului celor cu dificultăţi cronice de învăţare şi adaptare şcolară, concretizate în numeroase cazuri de corigenţă şi repetenţie, procentul lor ridicându-se şi depăşind, adesea, 10-12% din efectivul total al elevilor cuprinşi în clasele V-VIII. Supuşi unor investigaţii complexe, inclusiv psihometrice, s-a constatat că o mare parte dintre ei se situează în zona aşa – numitului *intelect de limită*, adică la nivelul unor Q.I. cu valori cuprinse între 65–70, ca limită de jos şi între 85–90 ca limită de sus, unii contractând, treptat, prin mecanisme şi reacţii pseudocompensatorii, tulburări comportamentale reactive, care, asociate eşecului la învăţătură, duc, adesea, fie la abandon şcolar, fie la

promovări cu mare indulgenţă, adică la o slabă pregătire de ansamblu, cu consecinţe deosebit de negative asupra orientării profesionale ulterioare şi a integrării sociale.

Reproducem, în continuare, o schemă grafică a fenomenului descris mai sus (figura 1), publicată într-o lucrare a noastră intitulată „Psihologia şcolară pentru învăţământul special" (**Radu Gh.**, 2002, pag. 153), schemă în care, prin două segmente delimitate într-un cerc, ne-am propus să ilustrăm intuitiv proporţia celor două subcategorii de copii şi adolescenţi cu probleme de adaptare şcolară şi socială, notate astfel:



- a/ cu nevoi speciale multiple (deficienţe evidente), circa 2%-3%;
- b/ cu nevoi speciale simple (deficienţe uşoare,dificultati evidente de invatare si adaptare), circa 10%-12%;
- c/ fără probleme deosebite de dezvoltare, învăţare şi adaptare, circa 85%.

Fig. 1. **Proporţia aproximativă – prin raportare la totalul populaţiei infantile, a copiilor**

Într-un capitol următor, ne vom referi mai pe larg, la obiectivele, conţinutul şi structura instituţională din ţara noastră, vizând problematica evaluării nivelului de dezvoltare, a instruirii şi educaţiei, în perspectiva recuperării şi integrării şcolare şi socio-profesionale a persoanelor cu deficienţe propriu-zise de intelect, dar şi a celor cu dificultăţi accentuate de învăţare şi adaptare, cu alte cuvinte, a tuturor celor cu nevoi aparte de sprijin în procesul instructiv-educativ-formativ!

2. ETIOLOGIE ŞI CLASIFICARE ÎN DEFICIENŢA DE INTELECT [4]

2.1. Noţiunea de etiologie, cu aplicare la domeniul psihopedagogiei deficienţei de intelect

2.1.1. Etiologia (gr. „aitia" = "cauză", "logos" = "ştiinţă") reprezintă „o disciplină care studiază cauzele unui fenomen (în speţă, ale unei maladii), dezvăluind originile şi evoluţia sa" (Popescu-Neveanu, 1978, pag. 247). Această definiţie ne atrage atenţia asupra faptului că aprofundarea cauzelor fenomenului luat în studiu - în cazul la care ne referim, al deficienţei de intelect - nu trebuie să se rezume doar la depistarea şi evidenţierea factorilor cauzali, ci, pornind de la aceşti factori, este important să se realizeze o anume previziune a evoluţiei posibile, sub influenţa factorilor respectivi, a fenomenului abordat.

Specialiştii care, sub un aspect sau altul, au studiat această problemă, subliniază în unanimitate ***caracterul complex şi variat al etiologiei deficienţei de intelect.*** Factorii cauzali fundamentali, ai acestei categorii de deficienţe, se situează, însă, în aceleaşi sectoare de bază care determină (în general) evoluţia în ontogeneza bio-psiho-socială, a oricărui individ uman. După cum se ştie, factorii respectivi sunt:

- ***Zestrea genetică*** (ereditatea) fiecărei persoane, adică ceea ce aceasta a moştenit de la predecesorii săi;
- ***Mediul şi influenţele educative***, adică ceea ce se dobândeşte în interacţiunea dintre organism (posesor al zestrei genetice) şi condiţiile de existenţă biologică şi socială a persoanei în cauză.

Referindu-ne la interacţiunea dintre factorii care influenţează procesul dezvoltării persoanei umane, arătam într-o altă lucrare (Radu Gh., 1999, pag. 11) că factorul biologic este determinat genetic, ereditar, creşterea biomorfologică în ontogeneză depinzând, însă, şi de condiţiile mediului în care trăieşte. Factorii psihofuncţionali şi procesul de maturizare psihică sunt influenţaţi, într-o măsură mai mare, de mediul în care se dezvoltă individul, aspectele psihice bazale (temperamentele, de exemplu) având, totuşi, şi o componentă moştenită.

- ***Socializarea*** este acel aspect al dezvoltării, care se realizează sub influenţa mediului sociocultural.

Din interacţiunea obişnuită a factorilor cauzali, rezultă dezvoltarea normală a marii majorităţi a indivizilor. În condiţii defavorabile, însă, între factorii genetici şi influenţele de mediu (inclusiv cele educative) poate avea loc o interacţiune anormală, ce dă naştere unei deficienţe, determinându-i acesteia:

- ***tabloul etiologic*** sau constelaţia cauzală;
- ***simptomatologia*** proprie deficienţei respective;
- ***evoluţia*** individului în cauză, adică perspectivele şi limitele dezvoltării, direcţia, ritmul şi intensitatea acestei dezvoltări.

[4] Prelucrare actualizată după lucrarea Radu Gh. (2000, pag. 27-50)

2.1.2. ***EREDITATEA este însuşirea fundamentală a materiei vii de a transmite de la o generaţie la alta mesaje de specificitate (ale speciei, ale grupului, ale individului) sub forma codului genetic.***

Autoarea acestei definiţii, ***Luminiţa Iacob*** (1998, pag. 16) adaugă şi o altă idee, importantă inclusiv pentru domeniul psihopedagogiei speciale: „În stadiul actual al cunoaşterii şi stăpânirii mecanismelor eredităţii, se afirmă că rolul său în dezvoltare, mai ales în dezvoltarea psihică, este de premisă naturală. Această premisă, cu acţiune probabilistă, poate oferi individului o şansă (ereditate normală) sau o neşansă (ereditate tarată)".

După ***Mihai Golu*** (1997) „la nivelul omului, ereditatea asigură transmiterea cu precădere a caracterelor fizice, a adaptărilor fiziologice primare şi a unor predispoziţii. Ea nu se extinde asupra structurilor psihocomportamentale superioare". În aceeaşi ordine de idei, după ***Paul Popescu-Neveanu*** (1978, pag. 241) „se poate afirma cu certitudine că ceea ce învaţă părinţii nu se transmite la copii".

După cum este bine cunoscut, unitatea materială elementară a eredităţii o reprezintă ***genele***, situate în ***cromozomi***, aceştia fiind nişte structuri alungite, vizibile la microscop, situate în nucleul celular. O componentă specifică a cromozomilor o constituie ***acidul dizoxiribonucleic*** (ADN). Porţiuni ale acestui acid, caracterizate printr-o anume succesiune a substratului azotic şi printr-o structură complexă, sunt însăşi genele. Purtătoare ale „codului genetic", acestea au o serie de proprietăţi:

- ***transmisibilitatea*** de la o generaţie la alta;
- ***modificabilitatea***, într-un proces de schimbare a structurii chimice, numit „mutaţie", care poate afecta o singură genă, dar şi un lanţ întreg de cromozomi, purtători ai numeroase gene, în acest caz având loc o ***aberaţie cromozomială***;
- ***capacitatea de funcţionare specifică***, adică de control asupra biosintezei fermenţilor specifici.

Genele se transmit urmaşilor prin celule sexuale, având loc un proces complex de sinteză a cromozomilor X şi Y, conform următoarelor legi descoperite de ***G. J. Mendell***:

- legea caracterului uniform al hibrizilor sau ***legea predominării caracteristicilor unuia din părinţi*** - la prima generaţie;
- ***legea disocierii, într-un raport de 3 la 1***, în a doua generaţie;
- ***legea disocierii neregulate*** şi a combinării întâmplătoare, când părinţii se deosebesc între ei prin mai mult de două particularităţi de bază.

De asemenea, este cunoscut faptul că se transmit ereditar doar genele, iar trăsăturile individuale se formează sub controlul lor (sub influenţa mediului). Drept urmare, trebuie făcută distincţia dintre ***genotip*** (totalitatea genelor organismului în cauză) şi ***fenotip***, acesta constând în totalitatea trăsăturilor organismului propriu-zis, formate în ontogeneză. Pe parcursul vieţii unui individ, genotipul său nu poate fi modificat. Dezvoltarea fenotipului, însă, poate fi influenţată pozitiv, prin organizarea corespunzătoare a condiţiilor de mediu şi printr-o educaţie adecvată.

În contextul problematicii referitoare la etiologia deficienţelor de intelect, psihopedagogia specială este interesată, mai ales, de problema mutaţiilor genetice şi a aberaţiilor cromozomiale, care, aşa cum se va vedea într-un capitol următor, stau la baza anumitor sindroame genetice ale deficienţei de intelect.

Mutaţiile genetice şi aberaţiile cromozomiale se pot produce spontan, prin interacţiunea întâmplătoare dintre organism şi mediu. Asemenea fenomene pot avea loc, de exemplu, sub influenţa unor radiaţii naturale sau produse de om, precum şi sub influenţa altor factori. Prin cunoaşterea acestor fenomene sau a altora cu efecte similare asupra dezvoltării, se va putea deschide calea controlului lor într-un context de inginerie genetică, aptă, într-un viitor mai mult sau mai puţin apropiat, să-şi aducă o contribuţie importantă la prevenirea unor mutaţii şi aberaţii cromozomiale generatoare de deviaţii, mai ales în dezvoltarea intelectuală a unor copii.

Tot pe baza cunoaşterii fenomenelor la care ne referim şi în condiţiile unui consult de specialitate al celor în cauză, devine posibil sfatul genetic, dar şi alte îndrumări ale unor specialişti competenţi (medici, psihologi, pedagogi şi lucrători sociali) oferite tinerilor aflaţi în preajma momentului de a-şi întemeia o familie, dar şi ulterior, odată cu apariţia primului copil.

2.1.3. „*MEDIUL*, ca factor al dezvoltării umane, este constituit din totalitatea elementelor cu care individul interacţionează, direct sau indirect, pe parcursul dezvoltării sale" (Cosmovici A., Iacob L., coord., 1998, pag.27).

Definiţia de mai sus ne atrage atenţia asupra caracterului complex al mediului, care influenţează puternic procesul dezvoltării psihice a oricărui copil sau adolescent aflat în proces de dezvoltare. În cazul celor cu diferite afecţiuni – inclusiv cu afectarea dezvoltării spontane, necontrolată şi nedirijată dintre mediu şi particularităţile organismului afectat, determină acele dereglări ale procesului de structurare a personalităţii, pe care diferiţi autori le numesc ***abateri în dezvoltare*** sau ***dizontogenii***.

Dimpotrivă, în situaţiile aflate sub control, prin organizarea specifică a mediului – îndeosebi al celui socio-familial şi socio-şcolar – instalarea formelor amintite poate fi, uneori, prevenită sau, de cele mai multe ori – atunci, când instalarea lor s-a produs, totuşi – manifestarea tulburărilor respective poate fi estompată, iar consecinţele negative, în planul adaptării, pot fi diminuate semnificativ.

După ***L. Iacob*** (1998, pag. 29): „deşi apare ca principal furnizor al materialului ce stimulează potenţialul ereditar, acţiunea mediului, în ansamblu aleatoare, poate fi o şansă a dezvoltării (într-un mediu favorabil), dar şi o frână sau chiar un blocaj al dezvoltării (într-un mediu substimulativ, ostil, insecurizant sau alienant)".

O asemenea situaţie, când mediul reprezintă o frână sau determină un blocaj în calea dezvoltării, când un eventual potenţial ereditar pozitiv nu este valorificat la nivelul său real, copilul rămânând mult în urma valorilor medii ale dezvoltării pentru vârsta dată, o întâlnim frecvent, în cazul copiilor cu falsă sau pseudodeficienţă de intelect (caracteristicile căreia sunt descrise într-un alt subcapitol din prezenta lucrare). În astfel de situaţii, datorită limitelor pe care le impune un mediu familial şi/sau instituţional viciat - generator de stres şi frustrări afective la cei în cauză nu se poate valorifica avantajul unui posibil genotip favorabil, dezvoltarea lor evoluând într-o direcţie distorsionată, mai mult sau mai puţin asemănătoare cu cea pe care o determină o ereditate tarată şi/sau o afectare patologică a sistemului nervos central.

O intervenţie timpurie, însă, în sensul normalizării condiţiilor de mediu, în primul rând ale mediului socio-familial, poate determina în unele situaţii revenirea

treptată spre o stare obişnuită şi spre o adaptare eficientă a copiilor cu abateri iniţiale de la traseul normal ale acestui proces.

2.1.4. În ceea ce priveşte ***EDUCAŢIA***, ea nu poate fi izolată de condiţiile de mediu, dar, în raport cu aceste condiţii, reprezintă elementul activ, dinamizator, ce organizează şi orientează acţiunea mediului asupra persoanei cuprinsă în procesul educaţional.

Citându-l pe ***E.Faure*** (1974), aceeaşi autoare, citată mai sus, L. Iacob (1998, pp. 29-30) subliniază că educaţia trebuie definită ca o activitate „specific umană, care mijloceşte şi diversifică raportul dintre om şi mediul său, favorizând dezvoltarea omului prin intermediul societăţii şi a societăţii prin intermediul omului". Educaţia face, de fapt, medierea între ereditate, adică „***ceea ce s-ar putea***, sub aspectul conţinutului, momentului, nivelului, intensităţii, duratei, formei, mijlocului etc." şi mediu, adică „***ceea ce se oferă***". O educaţie eficientă „armonizează cererea şi oferta, ceea ce nu este deloc uşor pentru că, dată fiind unicitatea eredităţii şi unicitatea condiţiilor de mediu, ***nu există reţete***" (*idem*, pag. 30).

Se înţelege, desigur, că autoarea se referă la „reţete educative", a căror eventuală existenţă nu ar face decât să uniformizeze, să şablonizeze şi să depersonalizeze actul educativ, acesta devenind formal şi ineficient, sub aspectul contribuţiei la stimularea dezvoltării. Dezvoltarea are loc în condiţiile în care „se menţine un optim între ceea ce poate, vrea şi ştie individul la un moment dat şi ceea ***ce i se oferă***. Oferta trebuie să fie stimulativă, totdeauna cu un grad mai înalt decât ***poate, vrea şi ştie*** individul respectiv. O ofertă prea ridicată, cât şi una banală, pot perturba dezvoltarea psihică" (*idem*, pag. 30).

Din fragmentele citate mai sus ne reţin atenţia două aspecte deosebite:

În primul rând, suntem avertizaţi că o educaţie precară şi o activitate de instruire prost concepută „pot perturba activitatea psihică" a celor implicaţi, devenind, la un moment dat, surse complementare sau chiar determinante de handicapare.

În al doilea rând, este evident mesajul prin care se solicită ca, în procesul instructiv-educativ, să se acţioneze la nivelul „proximei dezvoltări", adică în acea zonă în care, în concepţia lui ***L. S. Vâgotski***, se înregistrează eficienţa optimă în ceea ce priveşte stimularea, în momentul dat, a dezvoltării inteligenţei, printr-o activitate de dezvoltare, orientată formativ şi desfăşurată sistematic. Vom reveni, mai pe larg, asupra acestor aspecte în subcapitolul următor, cu privire la specificul funcţiilor şi proceselor psihice la persoanele cu deficienţe de intelect.

2.2. Clasificări ale factorilor cauzali ai deficienţei de intelect

„Etiologia deficienţei de intelect este extrem de variată, agentul patogen fiind ***un mozaic de factori*** (s.n.) care determină apariţia deficienţei mintale". Am preluat această afirmaţie după ***C. Păunescu*** şi ***I. Muşu*** (1997, pag. 153), dar, în diferite variante, ea se regăseşte şi în alte lucrări dedicate problemei respective. Aproape fiecare autor subliniază atât ***caracterul variat*** (de la un individ cu deficienţe la altul), cât şi ***constelaţia mozaicală*** (la fiecare individ) a etiologiei deficienţei de intelect. De altfel, acest lucru se constată, nemijlocit, şi în practică, majoritatea fişelor psihologice individuale, care însoţesc copiii cu deficienţe de intelect, orientaţi spre instituţii sau programe de educaţie specială,

menţionând frecvent mai multe momente pe parcursul ontogenezei fiecărui copil, când organismul acestuia s-a aflat sub influenţa anumitor factori nocivi. De exemplu, după ce într-o fişă oarecare se relatează un eveniment petrecut înainte de naşterea copilului, de pildă, o stare gripală acută a mamei în prima treime a sarcinii, se menţionează apoi o dificultate în timpul naşterii (de exemplu, o întârziere a emiterii primului ţipăt al noului născut, ceea ce atestă o scurtă dar nocivă stare de asfixie a acestuia), pentru ca mai târziu, în perioada copilăriei timpurii, să se invoce şi alte influenţe negative, de genul: „copilul a avut o temperatură foarte ridicată la şapte luni", „a suferit un traumatism cerebral la doi ani" etc. Într-o asemenea situaţie avem, de fapt, imaginea unui ***lanţ cauzal***, în care fiecare verigă a acestui lanţ, şubrezind organismul copilului, deschide calea şi înlesneşte influenţa negativă a unor momente nocive ulterioare, care, la rândul lor, vor accentua şi mai mult ineficienţa mintală şi adaptativă a copilului respectiv, grăbind instalarea handicapului de intelect sau accentuându-l. Rezultă că, de regulă, ***la baza deficienţei de intelect se află, de fapt, o polietiologie***, aceasta fiind şi una dintre cauzele marii varietăţi simptomatologice, pe care o prezintă deficienţa de intelect în diferitele sale forme de manifestare.

2.2.1. O clasificare sistematică a cauzelor deficienţei de intelect, în literatura psihopedagogică din ţara noastră, ne-o oferea ***M. Roşca*** (1967, pp. 21-22).

Iniţial, autoarea subliniază împrejurările care pot face dificilă precizarea factorilor determinanţi ai deficienţei de intelect, la un individ sau altul, aceste împrejurări constând în următoarele:

- aceiaşi factori etiologici pot avea efecte diferite, în funcţie de momentul în care acţionează;
- factori etiologici diferiţi pot duce la aceleaşi manifestări, dacă acţionează în aceeaşi etapă a dezvoltării ontogenetice;
- de cele mai multe ori, deficienţa de intelect reprezintă efectul însumării mai multor cauze, care acţionează concomitent sau succesiv;
- este greu de precizat, dacă, de exemplu, o infecţie suferită de mamă, în timpul sarcinii, reprezintă cauza nemijlocită a deficienţei de intelect la viitorul copil sau este o cauză indirectă prin alterarea organismului mamei, care nu mai poate asigura condiţii optime pentru dezvoltarea intrauterină a fătului;
- coincidenţa în timp a doi factori, între care, de fapt, nu există o legătură cauzală; de exemplu, la deficienţii de intelect prematuritatea este mai frecventă decât în situaţii obişnuite. Ne întrebăm, atunci, reprezintă, oare, naşterea prematură o cauză a deficienţei de intelect? Mai de grabă, nu, ambele fiind, adesea, consecinţe ale unor factori nocivi comuni. După părerea noastră, la fel se poate pune problema şi în legătură cu o posibilă relaţie cauzală între gemelaritate şi o eventuală viitoare stare de deficienţă de intelect la unii gemeni.

M. Roşca subliniază, de asemenea, că există multiple clasificări ale cauzelor „întârzierii mintale", în funcţie de natura acestor cauze (agenţi infecţioşi, mecanici ş.a.), de relaţia dintre ereditate şi mediu (factori endogeni şi/sau exogeni) sau în funcţie de momentul acţiunii factorilor cauzali – prenatali, perinatali şi postnatali.

În lucrarea sa, autoarea prezintă o clasificare în funcţie de momentul acţionării factorilor cauzali. Potrivit acestui criteriu, cauzele deficienţei de intelect pot fi:

- *cauze prenatale* – care acţionează în perioada intrauterină, când dezvoltarea fătului este dependentă de starea organismului matern, inclusiv de starea psihică a mamei;
- *cauze perinatale* – ce acţionează în scurta perioadă, dar plină de şocuri şi chiar de traumatisme grave pentru copil, cât durează naşterea propriu-zisă;
- *cauze postnatale* – ce acţionează după naştere, de regulă în copilăria timpurie.

2.2.2. O clasificare amănunţită a factorilor etiologici ai „debilităţii mintale" – atât ai factorilor ereditari (nespecifici, specifici şi posibili), cât şi a celor dobândiţi (prenatali, perinatali, postnatali şi psihogeni) – o găsim în capitolul publicat de *M. Chiva şi Y. Rutschmann* în lucrarea coordonată de R. Zazzo „Debilităţile mintale"[5].

Dar înainte de a-şi prezenta propria clasificare, aceşti autori fac o scurtă trecere în revistă a unor clasificări anterioare, pe care le reproducem în rezumat (*op. cit.*, pp. 116 – 118):

A.F. Tredgold – folosind termenul „amentia" în sens de „debilitate mintală" sau „lipsă a inteligenţei", vorbea despre:

- *„amentia primară"*, datorată eredităţii şi care poate fi considerată intrinsecă sau endogenă;
- *„amentia secundară"*, datorată condiţiilor de mediu şi având o origine extrinsecă sau exogenă;
- *„amentia mixtă"*, datorată atât unor cauze primare, cât şi unor cauze secundare;
- *„amentia nediferenţiată"*, fără o cauză evidentă.

E.O. Lewis (1933) distingea, la rândul său, două tipuri fundamentale ale deficienţei de intelect:

- *tipul subcultural* – delimitat prin raportare la capacitatea intelectuală, exprimată într-un coeficient de inteligenţă şi reprezentând treapta cea mai scăzută, într-o distribuţie normală a indivizilor, comparaţi pe baza criteriului amintit;
- *tipul patologic* – care, fără a putea fi asimilat unor mecanisme genetice normale, se datorează „unei leziuni organice determinate sau unei anormalităţi".

Ceva mai târziu, colaborând cu diverşi autori, *A. Strauss* propune o clasificare, pornind tot de la două categorii de bază:

---

[5] Reamintim cititorilor că în această lucrare termenul „debilitate mintală" este folosit, mai ales, în sens larg, generic, adică în sens de deficienţă de intelect. Atragem atenţia şi asupra pluralului – „debilităţile mintale" – folosit îndeosebi de R.Zazzo, care, prin această modalitate, caută să sublinieze tocmai caracterul multiplu al formelor sub care se manifestă deficienţa de intelect, având o etiologie şi o simptomatologie deosebit de variate.

- ***categoria „endogenilor”***, foarte apropiată de cea a „tipului subcultural” din clasificarea anterioară; autorii citaţi considerau că endogenitatea este determinantă pentru deficienţa de intelect a acelor subiecţi, care nu prezintă nici un semn de prejudiciu prin leziune cerebrală;
- ***categoria „exogenilor”***, foarte apropiată de cea a „tipului patologic”.

Referitor la această ultimă categorie, ***Strauss*** şi ***Lehtinen*** (1947) precizau că „exogenul” este „copilul care, înainte, în timpul sau după naştere a suportat o leziune sau a suferit de pe urma unei infecţii cerebrale. Ca urmare a unor astfel de lezări organice, pot fi, eventual, prezente deficite ale sistemului neuromotor; un asemenea copil poate, de asemenea, prezenta, separat sau simultan, tulburări ale percepţiei, ale gândirii conceptuale, ale comportamentului emoţional. Aceste tulburări împiedică sau stânjenesc procesele normale de învăţare” (*op. cit.*, pag. 117).

Trăsătura principală – comună atât exogenilor, cât şi endogenilor – o reprezintă capacitatea limitată de abstractizare şi, mai ales, de generalizare, această caracteristică constituind, după ***M.S. Pevzner*** (1959), ***simptomul central al sindromului oligofrenic.*** Consecinţa majoră a acestui „simptom central” constă în situarea deficienţei mintale a celor în cauză sub nivelul minim necesar pentru adaptarea la exigenţele mediului de apartenenţă. În etapa copilăriei şi adolescenţei este vorba, în primul rând, de exigenţele şcolare, cărora elevii cu handicap de intelect, independent de etiologia individuală, nu le fac faţă, înregistrând un eşec global de adaptare.

Folosind termenul de „oligofrenie”, pentru a desemna doar deficienţa de intelect cu o etiologie timpurie, aceeaşi M.S. Pevzner – reprezentantă a şcolii psiho-fiziologice pavloviene – distinge (*op. cit.*, pag. 119):

- *oligofrenia de bază sau primară*, fără complicaţii asociate şi prezentând tulburări difuze, nelegate de leziuni localizate;
- *oligofrenia cu tulburări considerabile ale neurodinamicii corticale*, cu afectarea lichidului cefalorahidian şi cu tendinţă spre oboseală accentuată;
- *oligofrenia cu tulburări ale proceselor nervoase fundamentale* – excitaţia şi inhibiţia – cu predominarea uneia dintre ele, în condiţiile scăderii forţei amândurora;
- *oligofrenia cu afecţiuni predominante în zona lobilor frontali* şi cu manifestarea mai accentuată a unor tulburări motorii, emoţionale şi de voinţă.

2.2.3. În clasificarea pe care o realizează – aşa cum am menţionat deja – chiar M. Chiva şi Y. Ruttschmann, prezentând-o mai întâi schematic, într-un *cadru general de referinţă*, prima subcategorie delimitată de ei o reprezintă cea a factorilor genetici sau ereditari nespecifici (poligenici), numită în literatura de specialitate în mod diferit: fie „esenţială sau nediferenţiată”, fie „aclinică sau subculturală sau primară”, fie endogenă şi care „se datorează unor cauze ce acţionează înaintea concepţiei...” (*op. cit.*, pag. 134). Autorii „cadrului” mai numesc această debilitate, de origine endogenă, „debilitate subculturală sau familială”, iar copiii respectivi reprezintă majoritatea celor cu debilităţi medii şi uşoare.

Există, însă, şi factori ereditari specifici, care determină aşa-numitele *sindroame genetice, bazate pe aberaţii cromozomiale*, precum şi *sindroame datorate unor deficienţe specifice ale genelor*. În cazul acestor sindroame deficienţa de intelect este, de regulă, severă şi chiar profundă. Nu vom prezenta, în capitolul de faţă, descrierea sindroamelor respective, ele urmând să fie analizată, pe larg, într-un alt capitol, elaborat de alţi specialişti, capitol în care este analizat fenomenul complex, numit de către specialiştii respectivi „deficienţă multiplă". În capitolul menţionat, sunt incluse şi alte categorii de copii cu deficienţe multiple sau aşa-numite „stări de polihandicap", de exemplu, surdo-cecitatea, autismul etc.

Prin acţiunea – de regulă, complexă şi înlănţuită – a unor factori etiologici nocivi asupra organismului, în totalitatea sa, dar, mai ales, asupra sistemului nervos central, în diferite etape ale procesului de creştere şi maturizare, se produce, aşa cum am văzut, o accentuată scădere a eficienţei mentale, precum şi o semnificativă diminuare a capacităţii de adaptare şi integrare socială, adică o stare de handicap consecutivă deficienţei de intelect. Cunoaşterea temeinică a factorilor etiologici ai acestei deficienţe reprezintă o condiţie importantă pentru iniţierea unor măsuri adecvate, vizând profilaxia şi/sau, după caz, terapia specifică a acestui fenomen. Pentru ca măsurile iniţiate să fie eficiente este necesară abordarea timpurie şi complexă, în echipă interdisciplinară, a oricărui caz de abatere de la traseul normal (obişnuit) al dezvoltării bio-psiho-sociale.

2.3. Forme ale deficienţei de intelect, determinate de factori extrinseci

După autorii citaţi mai sus – M. Chiva şi Y. Ruttschmann (trad. 1979, pag. 128) – factorii extrinseci ai deficienţei de intelect „cuprind toate accidentele survenite din momentul concepţiei, pe tot parcursul stadiului vieţii intrauterine, ale naşterii şi până la sfârşitul primei copilării". În raport de etapa ontogenetică în care acţionează, aceşti factori se subîmpart în: *prenatali, perinatali, postnatali şi psihogeni*.

2.3.1. Printre **cauzele prenatale ale deficienţei de intelect**, M. Roşca (1967, pp. 22-24) menţionează, în primul rând, *ereditatea*. După părerea noastră, acest punct de vedere este justificat, doar dacă ne referim strict la cronologia acţiunii factorilor cauzali, ereditatea fiind, într-adevăr, factorul etiologic premergător tuturor celorlalte cauze posibile. Aşa cum se ştie, însă, manifestarea consecinţelor factorului ereditar devine evidentă, de regulă, ulterior, în etapele mai târzii ale ontogenezei, formele respective de manifestare reprezentând tablouri distincte ale deficienţei de intelect. De altfel, chiar autoarea citată subliniază că „prin ereditate nu se transmite întârzierea mintală ca atare, ci anumite particularităţi anatomo-fiziologice, care vor influenţa relaţiile copilului cu mediul", această influenţare petrecându-se, desigur, pe tot parcursul dezvoltării ontogenetice şi nu doar în perioada prenatală. Prin urmare, apreciem că implicarea factorului ereditar în etiologia deficienţei de intelect ar fi mai potrivit să se trateze de sine stătător, cum se procedează în marea majoritate a lucrărilor de specialitate şi cum, de altfel, am procedat şi noi descriind, în subcapitolul precedent, ereditatea ca factor cauzal posibil al deficienţei de intelect. Nu trebuie uitată, însă, interrelaţia permanentă dintre factorii ereditari şi cei ambientali, în etiologia şi evoluţia deficienţei de intelect, fenomen evidenţiat şi în prima parte a capitolului de faţă.

Menţionând ereditatea printre cauzele prenatale ale deficienţei de intelect există, după părerea noastră, riscul de-a produce, mai ales la unii părinţi suspicioşi, o falsă concluzie, că orice factor care acţionează prenatal este şi ereditar, pe acest fond, apărând adesea, în familiile ce au copii cu fenomene de nedezvoltare timpurie, discuţii şi învinuiri reciproce, neînţelegeri între soţi etc.

De asemenea, trebuie avut în vedere faptul că unul şi acelaşi factor nociv – de exemplu, un traumatism cerebral, care, în niciun caz, nu poate fi considerat ereditar – va acţiona asupra organismului, inclusiv asupra sistemului nervos central al copilului în oricare din etapele amintite, adică atât prenatal şi/sau perinatal, cât şi postnatal. Consecinţele acţionării unuia şi aceluiaşi factor nociv asupra dezvoltării psihice a copilului vor fi, însă, diferite în raport de momentul în care factorul respectiv acţionează asupra organismului său, precum şi de interacţiunea cu alţi factori nocivi.

De exemplu, se evidenţiază (după I. Druţu, 1995, pag. 37), că factorii nocivi, inclusiv traumatismele, care acţionează în primele trei luni ale sarcinii – deci în prima treime a prenatalităţii – duc la consecinţe dintre cele mai grave asupra dezvoltării, întrucât, în această perioadă timpurie a dezvoltării intrauterine, apar şi se diferenţiază organele separate ale fătului, inclusiv cele din care se formează sistemul nervos central şi care au o vulnerabilitate crescută. De asemenea, prin investigaţii asupra cazurilor de îmbolnăvire a viitoarelor mame, în timpul sarcinii, cu rubeolă – maladie provocată de o infecţie virotică – s-a constatat apariţia ulterioară a unor cazuri de retard al inteligenţei, mai mult sau mai puţin accentuat: într-un procent de 47%, la copiii ai căror mame s-au îmbolnăvit în prima lună a sarcinii, de 20%, în luna a doua şi de numai 7%, în luna a treia (după M. Roşca, 1967, pag. 24). Se menţionează, de asemenea, asocierea, în unele dintre aceste cazuri, a retardului inteligenţei, cu instabilitate psihomotorie, cu reacţii impulsive, tulburări senzoriale (auditive), cardiace şi de creştere.

Alte forme de infecţie virotică a gravidelor sunt gripa infecţioasă, hepatita virotică, pojarul, oreionul ş.a. – infecţii care pot acţiona nociv asupra fătului şi pot determina manifestarea (după naştere) a unor cazuri de deficienţă de intelect, dar şi a altor deficienţe.

O altă grupă de factori, care acţionează prenatal, afectând sistemul nervos central şi devenind astfel cauze ale unei dezvoltări postnatale distorsionate, o reprezintă şi infecţiile de natură bacteriană. Dintre acestea sunt amintite (M. Roşca, 1967, pag. 25):

- *tuberculoza congenitală*, care, dacă acţionează din primele luni ale sarcinii, poate determina, fie un avort spontan, fie afectarea dezvoltării psihice ulterioare a viitorului copil, inclusiv afectarea dezvoltării inteligenţei acestuia;
- *sifilisul congenital*, în care uneori pot exista situaţii iniţiale de dezvoltare aparent normală, în primii ani de viaţă, pentru ca ulterior să se producă deteriorări evidente ale capacităţilor intelectuale şi ale conduitei adaptative. Uneori, în caz de sifilis congenital, se pot produce şi anomalii somatice, ca de exemplu: dentiţie deformată, nas în şa, keratite etc.;
- *infecţiile cu protozoare* – de pildă, toxoplasmoza congenitală, poate fi preluată de la animale. Deşi, pentru femeia însărcinată, această maladie nu prezintă pericol major, desfăşurarea ei într-o formă lejeră, putând fi

confundată cu o stare gripală obişnuită (dureri de cap, temperatură), afectarea fătului va avea consecinţe cu atât mai accentuate, cu cât infecţia s-a produs mai de timpuriu, deficienţa ulterioară de intelect a copilului putând să fie însoţită şi de diverse afecţiuni somatice, de exemplu, de microcefalie sau, de macro-hidrocefalie, de alterări ale ţesutului nervos, cu modificări patologice oculare etc. Evident, maladia poate fi luată de copil şi după naştere, prin contact direct cu agentul purtător al infecţiei, caz în care se va desfăşura ca o encefalită. Desigur, în asemenea situaţii, măsura cea mai potrivită o reprezintă prevenirea îmbolnăvirii, prin ferirea micului copil de contactul nemijlocit cu purtătorul factorului patogen.

Alte cauze posibile ale deficienţei de intelect, care acţionează, uneori, asupra fătului în perioada intrauterină, sunt:

- *incompatibilitatea factorului Rh*, care se produce atunci când o mamă cu Rh negativ este purtătoare a unui făt cu Rh pozitiv (moştenit de la tată). În asemenea situaţii, organismul gravidei produce „anticorpi", care vor afecta inclusiv sistemul nervos al fătului, aflat în curs de formare;
- *vârsta înaintată a părinţilor* este amintită, uneori, ca factor prenatal ce poate provoca o viitoare deficienţă de intelect;
- *iradierea mamei* (de exemplu, cu raze X), în primele cinci luni de sarcină, poate, de asemenea, să facă parte din categoria cauzelor prenatale ale deficienţei de intelect.

2.3.2. **Factori care acţionează perinatal.** Deşi este un proces fiziologic normal, absolut inevitabil la debutul vieţii de sine stătătoare a fiecărui individ, „naşterea reprezintă pentru fiecare copil o schimbare radicală a condiţiilor de existenţă" (**U. Şchiopu – E. Verza**, 1997, pag. 64), schimbare ce se desfăşoară în contexte mai mult sau mai puţin favorabile, marcând esenţial – şi nu întotdeauna pozitiv – procesul dezvoltării în continuare.

Pe parcursul naşterii, îndeosebi în etapa sa centrală, dacă expulzarea fătului se desfăşoară în prezenţa anumitor condiţii nefavorabile – se pot produce o serie de accidente, ca:

- *asfixia,* prin strangulare cu cordonul ombilical, prin aspiraţie de mucus, prin reflex aspirator deficitar etc.;
- *hemoragii* petrecute la diferite niveluri ale creierului, inclusiv în cortex, determinând formarea unor hematomi, care, sclerozându-se, vor împiedica dezvoltarea şi funcţionarea normală a celulelor afectate;
- *traumatisme mecanice*, prin forceps sau apăsare puternică a capului copilului de oasele pelviene ale mamei, însoţite de leziuni ale substanţei nervoase etc.

Printre factorii patogeni care acţionează în timpul naşterii, putând fi incriminaţi în etiologia unor stări posibile ale deficienţei de intelect, mai trebuie amintite (după **I. Druţu**, 1995, pag. 38, dar şi după alţi autori) prematuritatea şi postmaturitatea, naşterea prin

cezariană, precum şi alte situaţii de risc, toate acestea putând provoca accidente de tipul celor amintite mai sus, cu consecinţe negative asupra dezvoltării ulterioare.

2.3.3. **Factori care acţionează postnatal**. Printre factorii etiologici postnatali, care acţionează asupra sistemului nervos central, direct sau indirect, putând determina apariţia şi manifestarea deficienţei de intelect, în literatura de specialitate sunt enumerate şi neuro-infecţiile (meningite, encefalite), intoxicaţiile (cu CO, cu plumb etc.), leziunile cerebrale posttraumatice, bolile organice cronice, subalimentaţia sau alimentaţia neraţională, condiţiile de trai neigienice ş.a. După M. Chiva şi Y. Ruttschmann (în Zazzo trad. 1979, pag. 131), neuroinfecţiile par a fi cele mai răspândite şi periculoase, ele putând să reprezinte complicaţii ale oricăror „boli infantile banale”, ca tusea convulsivă, rujeola, scarlatina, oreionul, varicela, dar şi ale unor vaccinări de rutină etc. Pe lângă diferite sechele neurologice, aceste maladii pot genera stări mai mult sau mai puţin accentuate, ale deficienţei de intelect.

Gravitatea leziunilor postnatale în scoarţa cerebrală depinde, mai ales, de perioada în care au acţionat factorii respectivi, afecţiunile timpurii fiind, de regulă, mai accentuate, difuze şi afectând zone mai întinse din cortex. După maturizarea fibrelor nervoase, inclusiv prin mielinizare (adică aproximativ în jurul vârstei de doi ani), acţiunea factorilor nocivi este, de regulă, mai restrânsă, leziunile având, mai degrabă, un caracter localizat, de focar.

Enumerând, printre factorii postnatali ai deficienţei de intelect, bolile cronice, subalimentaţia, alimentaţia neraţională şi condiţiile precare de igienă, specialiştii citaţi mai sus ne atrag, de fapt, atenţia şi asupra ponderii însemnate pe care o deţin, printre factorii etiologici postnatali, condiţiile de mediu, mai ales de mediu social şi, în primul rând, de condiţiile din propria familie a copilului în cauză. Astfel se explică, probabil, de ce o parte importantă dintre copiii cu deficienţe propriu-zise de intelect, precum şi marea majoritate a celor cu falsă deficienţă mintală provin din familii carenţate, needucogene sau din instituţii de ocrotire prost organizate, adică dintr-un mediu ostil copilului sau dintr-un mediu indiferent şi pasiv faţă de nevoile multiple ale acestuia.

Nu este mai puţin adevărat că, în numeroase cazuri, tocmai în acest tip de mediu precar, există o mare probabilitate ca, asupra copiilor respectivi, în perioada dezvoltării intrauterine sau în momentul naşterii, să fi acţionat şi unul sau chiar câţiva dintre factorii amintiţi mai sus, ca factori etiologici prenatali sau perinatali ai deficienţei de intelect. În astfel de situaţii, avem de-a face cu ceea ce spuneam în prima parte a acestui capitol că reprezintă o polietiologie care, acţionând în lanţ de-a lungul mai multor etape ale ontogenezei, determină instalarea unei deficienţe de intelect, evidentă şi rezistentă în faţa măsurilor iniţiate.

2.3.4. **Factori psihogeni**. După cum subliniază *E. Verza* (1998, pag. 35), în conturarea personalităţii celor cu handicap de intelect se remarcă rolul pe care-l joacă structurile emoţional-afective, acţiunea acestora contribuind, mai ales, la determinarea tabloului caracteristic unei „psihopatologii marginale” sau de graniţă. În astfel de situaţii, sunt uşor de surprins, după părerea autorului citat, „fenomene de emotivitate crescută, puerilism, infantilism afectiv, sentimente de inferioritate şi anxietate generală, caracterul exploziv şi haotic, controlul limitat al stărilor afective”. Prin aceste fenomene,

personalitatea celor cu handicap de intelect se conturează ca imatură, dizarmonică şi instabilă comportamental.

Există o anume tendinţă a unor persoane implicate de-a considera factorii psihogeni ai deficienţei de intelect ca aparţinând categoriei de factori postnatali, deoarece numeroase cazuri de frustrare afectivă sau de stres psihic se produc, într-adevăr, după naşterea copilului, influenţând procesul dezvoltării sale în continuare. Este totuşi de preferat delimitarea factorilor etiologici psihogeni într-o categorie aparte, din următoarele motive:

În primul rând, deoarece există numeroase dovezi de influenţare afectivă indirectă, dar şi directă a fătului, încă din perioada prenatală. Indirect, influenţarea se produce prin starea psihică şi emoţională a mamei în timpul sarcinii, iar această influenţare poate fi nu doar negativă, ci şi una pozitivă, în strânsă legătură cu caracterul trăirilor gravidei. Direct, influenţarea se poate produce în ultima treime a sarcinii, când fătul începe să recepţioneze, deja nemijlocit, unii stimuli din exterior, la care răspunde prin mişcări intrauterine sau chiar prin anumite emisiuni vocale, mai mult sau mai puţin intense.

În al doilea rând, delimitarea factorilor psihogeni într-o categorie de sine stătătoare este determinată şi de faptul că, atunci când acţionează postnatal, ei pot diminua – având, astfel, o influenţă pozitivă – sau, dimpotrivă, pot accentua consecinţele negative ale acţiunii anterioare a altor factori.

După părerea noastră, acesta este, de altfel, unul dintre motivele pentru care, în familiile dezorganizate, needucogene sau acolo unde se instalează o atitudine de culpabilitate faţă de copilul cu deficienţe şi de supraprotecţie a acestuia, cât şi în instituţiile de asistenţă şi de ocrotire prost organizate, copiii fiind adesea neglijaţi şi substimulaţi, proporţia celor cu deficienţe reale de intelect este mai mare decât în familiile bine închegate sau în instituţiile de ocrotire apte să realizeze o asistenţă pozitivă, atât în plan material, cât şi în plan psihopedagogic şi moral.

2.3.5. În literatura de specialitate este descrisă şi o serie de condiţii sau factori, ce pot influenţa gravitatea stării de handicap, consecutivă deficienţei de intelect. Reproducem, în rezumat, după ***Ioana Manolache*** (1999, pag. 23), câteva dintre aceste condiţii:

- *importanţa organului afectat* pentru dezvoltarea şi eficienţa mintală: creierul, analizatorul vizual şi/sau cel auditiv, membrele superioare, membrele inferioare etc.;
- *intensitatea sau gradul deficitului;*
- *dinamica alterării* – când deficitul (pierderea) se produce brusc, iar consecinţele în planul vieţii psihice sunt mai grave;
- *vârsta la care s-a instalat deficitul*; cu cât un asemenea deficit se produce mai de timpuriu (inclusiv în perioada intrauterină), cu atât consecinţele, în planul dezvoltării, sunt mai grave, afectând zone mai extinse ale structurii psihice, îndeosebi, ale structurii intelectuale;
- *momentul (vârsta) la care se declanşează intervenţia terapeutică*; cu cât acest moment este mai aproape sau coincide chiar cu etapa optimă

de formare a funcţiei (funcţiilor) respective în stare de normalitate, cu atât manifestarea ulterioară a deficitelor va fi mai puţin gravă;

- *promptitudinea* cu care se produce intervenţia; cu cât decalajul între momentul apariţiei deficitului şi declanşarea intervenţiei terapeutice este mai mare, cu atât consecinţele vor fi mai grave. De exemplu, nu trebuie aşteptat debutul şcolar pentru a corecta tulburările specifice care îngreunează acest debut, cum sunt tulburările motricităţii manuale fine, tulburările de organizare spaţială, întârzierile în procesul lateralizării funcţiilor organelor perechi etc. Corectarea acestor tulburări trebuie începută încă din preşcolaritate şi trebuie să facă parte din complexul de măsuri vizând tocmai pregătirea unui debut şcolar eficient;
- *calitatea vieţii şi a educaţiei*, atât în familia căreia îi aparţine copilul, cât şi în instituţia pe care el o frecventează ca preşcolar sau şcolar.

Conştientizarea de către psihopedagog – dar şi de către ceilalţi specialişti implicaţi – a dependenţei gravităţii diferitelor deficienţe de modul în care acţionează (adesea, cumulat) condiţiile şi factorii enumeraţi – care, după părerea noastră, determină nu numai gravitatea dar şi evoluţia (pozitivă sau negativă) a stărilor ulterioare de handicap – reprezintă o premisă importantă a organizării temeinice şi a desfăşurării eficiente a procesului de profilaxie şi terapie complexă a stărilor respective.

3. SPECIFICUL FUNCŢIILOR ŞI PROCESELOR PSIHICE ÎN FORMELE DEFICIENŢEI DE INTELECT

Din psihologia generală este cunoscut faptul că *palierul cognitiv* al persoanei umane este format din:

a/ *cogniţia primară*, cuprinzând *senzaţiile şi percepţiile*, având ca produs *reprezentările*, acestea din urmă fiind, totodată, şi verigă de legătură cu:

b/ *cogniţia superioară*, care cuprinde *gândirea* şi *imaginaţia*, produsul cogniţiei superioare constând în *noţiuni* şi *concepte*.

Procesele psihice enumerate stau la baza capacităţii de învăţare, la rândul lor găsindu-şi condiţii de dezvoltare – dar şi de corectare/compensare la persoanele cu deficienţe şi stări consecutive de handicap – în activitatea conştientă, în învăţarea organizată. Eficienţa activităţilor de învăţare depinde însă şi de caracteristicile altor procese şi funcţii psihice, care intră în structura complexă a personalităţii fiecărui şcolar.

Vom încerca, în continuare, să rezumăm câteva dintre particularităţile amintite, prin care se realizează învăţarea, inclusiv la copiii cu deficienţe de intelect, urmând să ne oprim şi asupra unor implicaţii ale particularităţilor respective în activitatea şcolară cu aceşti copii. Ne vom referi, de asemenea, la unele caracteristici ale *memoriei* şi *atenţiei*, iar apoi vom analiza câteva particularităţi ale *comunicării prin limbaj verbal*, inclusiv influenţa acestora asupra eficienţei activităţilor de învăţare.

A. Particularităţi ale proceselor cognitive primare – senzaţia şi percepţia la copiii şi adolescenţii cu deficienţe de intelect

1. Senzaţia este definită ca „proces psihic de semnalizare – reflectare, prin intermediul unui singur analizator, a proprietăţilor simple şi separate ale obiectelor şi fenomenelor în forma unor imagini distincte, elementare." La rândul său, *percepţia* este definită ca „proces psihic complex – senzorial şi cu conţinut obiectual, realizând reflectarea directă şi unitară a ansamblului însuşirilor şi structurii obiectelor şi fenomenelor, în forma imaginilor primare şi a perceptelor".

Cu toate că sunt definite separat, ***senzaţiile şi percepţiile formează împreună o funcţie senzorial-perceptivă comună, pe care se bazează cogniţia primară.*** Ele sunt abordate şi studiate, totuşi, separat, deoarece senzaţia este singurul proces cognitiv prezent la copil – desigur, într-o formă incipientă – încă de la naştere, în timp ce percepţia, ca şi toate celelalte capacităţi cognitive, se dezvoltă prin exerciţiu şi învăţare în ontogeneză, pornind de la dotările senzoriale primare.

1.1. După cum se cunoaşte tot din psihologia generală, capacitatea mai mare sau mai mică a fiecărui individ de-a avea senzaţii reprezintă *sensibilitatea* individului respectiv, aceasta fiind diferită de la un individ la altul, prin ceea ce se cheamă „legea pragurilor sensibilităţii". Este vorba de *sensibilitatea absolută*, cu alte cuvinte, capacitatea de-a distinge între ei stimuli de acelaşi fel, având însă intensităţi diferite. ***Persoanele cu deficienţe de intelect se caracterizează prin praguri ridicate la ambele tipuri de sensibilitate, ceea ce înseamnă valori reale scăzute atât ale sensibilităţii absolute, cât şi, îndeosebi, ale celei diferenţiale.***

Se înţelege, desigur, că acest tip de ineficienţă senzorială la copiii cu deficienţă de intelect va influenţa, în continuare, calitatea actului perceptiv şi, cu atât mai accentuat, calitatea reprezentărilor, iar, prin acestea, şi calitatea cogniţiei superioare, adică a gândirii şi imaginaţiei. Datorită tocmai acestui fapt, începând cu medico-pedagogii francezi: ***Jan Itard*** (1775-1838), ***Eduard Seguin*** (1812-1880) şi culminând cu prima femeie medic (igienist) din Italia – ***Maria Montessori*** (1870-1952) – o mare atenţie s-a acordat şi se acordă în continuare, inclusiv în ţara noastră, educaţiei senzoriale, ca unul dintre primii şi foarte importanţii paşi ce trebuie făcuţi în terapia complexă a deficienţei/handicapului de intelect.

1.2. **Afectarea sensibilităţii** este un fenomen ce se constată de timpuriu la orice copil cu deficienţă de intelect, influenţând negativ formarea şi dezvoltarea, în continuare, a proceselor sale cognitive.

1.2.1. Este foarte important ca persoanele din preajma micilor copii – iniţial membrii familiei, apoi şi educatoarele din grădiniţe – să observe, cât mai de timpuriu, eventuala afectare a pragurilor sensibilităţii, pentru a iniţia neîntârziat măsuri adecvate de educaţie senzorială şi, eventual, de protezare, în cazul unor praguri puternic afectate ale sensibilităţii vizuale şi, mai ales, ale sensibilităţii auditive, solicitând în acest sens sprijinul competent al specialiştilor în domeniu. Avem în vedere, în primul rând, sensibilitatea auditivă, deoarece, prin diminuarea acesteia până la nivel de hipoacuzie, se produc şi fenomene de întârziere în apariţia limbajului, iar pe acest fond se conturează treptat, inclusiv întârzieri în formarea şi dezvoltarea proceselor cognitive. Este una dintre

cauzele apariţiei fenomenului cunoscut sub denumirea de falsă sau pseudodeficienţă de intelect, asupra căreia vom reveni ulterior.

1.2.2. Pe lângă „legea pragurilor" amintită mai sus, există şi alte „legi" ale sensibilităţii:

- *Legea contrastului senzorial*, care se referă la faptul că asocierea a doi stimuli cu caracteristici opuse are proprietatea de a evidenţia mai prompt (prin comparaţie) acele caracteristici. Şcolarii cu handicap de intelect sesizează şi reţin mai uşor elementele ce contrastează între ele, fapt ce trebuie avut în vedere în confecţionarea şi folosirea materialului demonstrativ atât a celui folosit frontal, în faţa clasei, cât şi a celui individual, pus la dispoziţia fiecărui elev pentru a-l intui prin contact şi manipulare directă.
- *Legea adaptării senzoriale*, care se află în strânsă legătură cu cea anterioară (a contrastului). Prezenţa mai îndelungată a unor stimuli puternici determină scăderea sensibilităţii şi, invers, alternanţa unor stimuli mai puternici cu stimuli moderaţi determină o uşoară creştere a sensibilităţii. În cazul persoanelor cu deficienţă de intelect, deosebit de nocivi sunt stimulii foarte puternici ca, de exemplu, muzica stridentă, zgomotul specific unor hale industriale sau a unor mari aeroporturi din împrejurimi şi alte situaţii similare, de care trebuie ţinut cont în amplasarea instituţiilor şcolare, în organizarea timpului liber şi de odihnă a copiilor, în orientarea spre anumite profesii a adolescenţilor şi tinerilor cu deficienţe de intelect.
- *Legea interacţiunii analizatorilor* (adică a funcţionării corelate a organelor de simţ) are în vedere faptul că, îmbinarea unor stimuli care acţionează concomitent asupra câtorva organe de simţ (adică analizatori) poate să determine, după caz, fie o anumită intensificare, fie o diminuare a sensibilităţii, dependent de inducţia ce se produce între focarele respective de excitaţie şi inhibiţie corticală. La persoanele cu deficienţe de intelect, la care interacţiunea şi dinamica proceselor corticale (excitaţia şi inhibiţia) este dereglată, interacţiunea funcţională dintre organele de simţ va fi stânjenită, cu consecinţe negative asupra activităţii senzoriale.
- *Legea semnificaţiei* se referă la influenţa pe care o are asupra sensibilităţii importanţa stimulului respectiv, de exemplu, valoarea sa afectivă pentru cel care îl recepţionează. Acţiunea unui stimul mai puternic, dar fără semnificaţie pentru cel care o suportă, poate fi inhibată de către un stimul mai slab, dar cu o încărcătură afectivă mai mare. În cazul persoanelor cu deficienţe de intelect, sunt adesea prezente reacţii şi comportamente paradoxale, pe fondul instabilităţii lor afective, dar şi al scăderii puternice a capacităţii de analiză a propriilor trăiri şi de autocontrol asupra propriilor comportamente.

1.3. Cunoaşterea de către psihopedagog a tuturor acestor „legi" care guvernează activitatea senzorială, în general, cât şi a modului specific prin care ele se manifestă la copiii cu deficienţe de intelect, are o deosebită importanţă, de exemplu, pentru confecţionarea şi modul de expunere a materialului didactico-ilustrativ, pentru modul de întocmire a manualelor şcolare, pentru alegerea nuanţelor în care sunt zugrăvite încăperile de lucru, pentru asigurarea iluminatului optim a sălilor de clasă, pentru asigurarea protecţiei faţă de zgomote sau alţi factori colaterali, cu alte cuvinte, pentru asigurarea

condiţiilor optime de desfăşurare a proceselor senzorial-perceptive şi de interacţiune a acestora cu celelalte procese psihice.

2. Percepţia este, la rândul său, un proces cognitiv primar, de reflectare a obiectelor şi fenomenelor în totalitatea însuşirilor lor, în momentul în care acestea acţionează asupra analizatorilor, adică a organelor de simţ. Calitatea percepţiei este dependentă atât de caracteristicile reale ale obiectelor şi fenomenelor percepute, de starea în care se află analizatorii implicaţi în actul perceptiv, cât şi de starea generală a persoanei care percepe, de preocupările şi interesele sale, de experienţa perceptivă de care dispune etc.

După ***P. Popescu-Neveanu*** (1976, vol. I, pag. 297), „percepţia desemnează, în sens curent, atât procesul psihic de reflectare a obiectelor şi fenomenelor în totalitatea însuşirilor lor, cât şi produsul final al acestui proces: *imaginea sau perceptul*. În raport cu reprezentarea, care furnizează o imagine secundară, percepţia fiind directă, generează o imagine primară a stimulului actual. Imaginea rezultă dintr-o serie de codificări, recodificări şi se finalizează prin decodificare (modelare obiectuală) şi reacţie. Deci, procesul perceptiv prezintă o desfăşurare dinamică în conformitate cu o serie de relaţii obiective şi necesare."

N. Sillamy (1996, pag. 258) consideră că *orice percepţie este şi o interpretare*, deci o stare subiectivă, care implică întreaga personalitate. Fiind mai mult decât un simplu fenomen senzorial, percepţia este şi o conduită psihologică mai complexă, care se bazează, într-o măsură importantă, pe experienţa noastră personală şi socială. „Aceasta explică de ce un obiect anume nu va avea niciodată absolut aceeaşi semnificaţie pentru doi sau mai mulţi indivizi, aceştia având fiecare sistemul propriu de referinţă". Astfel se explică marile diferenţe în planul activităţii şi al eficienţei perceptive care există între persoanele cu handicap şi cele fără handicap, precum şi între persoanele aparţinând diferitelor tipuri şi categorii de handicap. Pe fondul dereglării activităţii normale a analizatorilor, a interacţiunii dintre aceştia, pe fondul afectării sensibilităţii generale şi al modificării pragurilor sensibilităţii absolute şi diferenţiale la persoanele cu handicap, inclusiv de intelect, percepţia va avea o desfăşurare aparte şi adesea o eficienţă scăzută în sensul aportului la cogniţie.

După ***V. G. Petrova*** şi colab. (2004, pag. 54) „în toate modalităţile perceptive, un rol important revine senzaţiilor de mişcare, deşi, foarte adesea, acest lucru nu este conştientizat de către cel care percepe. Un rol cu totul deosebit în actul perceptiv este jucat de limbaj. Descrierea verbală a obiectelor şi fenomenelor, precum şi a legăturilor şi raporturilor reciproce dintre acestea, asigură efectuarea operaţiilor de abstractizare şi generalizare, facilitând astfel înţelegerea celor percepute." Prin această precizare este pus în evidenţă rolul important pe care-l joacă în actul perceptiv două dintre cele mai afectate componente ale psihicului la şcolarii cu handicap de intelect – activitatea motorie şi activitatea verbală – ambele implicate nu numai în actul perceptiv, ci în întreg procesul cognitiv şi comunicaţional, aşa cum se va vedea, de altfel, pe tot parcursul prezentului capitol.

În literatura de specialitate, pe baza unor date experimentale şi de observaţie sunt descrise diferite particularităţi ale percepţiei la copiii cu deficienţe de intelect, fiind subliniate, îndeosebi, ***caracterul fragmentar, incomplet, limitat, cu alte cuvinte, sărăcia***

imaginilor mintale primare ale copiilor cu această deficienţă. Caracteristicile menţionate sunt consecinţa unei activităţi perceptive lente, rigide, dezorganizate, precum şi a sensibilităţii scăzute, a dificultăţilor de analiză şi de sinteză, pe care le întâmpină copiii respectivi.

M. Roşca (1967, pag. 74) evidenţiază faptul că, datorită insuficienţelor de analiză ale copiilor cu deficienţe de intelect, percepţiile lor sunt vag diferenţiate şi insuficient de specifice, fapt ce determină apariţia unor confuzii în actul perceptiv. Autoarea subliniază că „limitarea analizei nu este efectul exclusiv al unei incapacităţi în sfera senzorială, ci şi al unei lipse de activism" de care copiii cu deficienţe de intelect dau adesea dovadă în procesul percepţiei, ca, de altfel, în întreaga viaţă psihică.

S.I.Rubinştein (1970) afirmă de asemenea că percepţia la copiii cu deficienţe de intelect se caracterizează ***printr-un volum limitat şi o accentuată nediferenţiere a celor percepute, aflate în strânsă legătură cu lipsa lor de activism şi caracterul încetinit al actului senzorial-perceptiv***.

Într-un interesant experiment – efectuat cu trei grupuri diferite de copii, cu deficienţe de intelect şi fără astfel de deficienţe – cărora li s-a aplicat o probă de copiere, iar, după un timp, alta de reproducere (din memorie) a „figurii complexe Rey" – ***V. Preda*** (1992, pp. 34-35) analizând comparativ rezultatele obţinute, subliniază că „explorarea vizuală nesistematică, chiar haotică, precum şi activismul exploratoriu redus şi rigid întâlnit la numeroşi subiecţi cu deficienţe de intelect, accentuează şi mai mult insuficienţele percepţiei vizuale, ale activităţii şi mecanismelor perceptive în general, ale memoriei operaţionale şi ale capacităţii de structurare perceptiv-motorie a spaţiului".

Cauzele insuficienţei perceptive nu sunt, prin urmare, numai din domeniul funcţionării defectuoase a organului de simţ, adică a analizatorului implicat, ci şi din domeniul interacţiunii deficitare cu alţi factori (în experimentul descris, cu memoria operaţională, cu activismul exploratoriu şi structurarea spaţiului). Fenomene similare – constând în interacţionarea greoaie a percepţiilor cu reprezentările, cu limbajul şi cu gândirea – determină dificultăţi însemnate, pe care le întâmpină şcolarii cu handicap de intelect (inclusiv cei din clasele mari) în perceperea spaţiului, a timpului şi a mişcării, toate implicate puternic în viaţa cotidiană, în activitatea de învăţare şi, mai ales, în activitatea practică, în procesul pregătirii pentru muncă.

Particularităţile sensibilităţii, ale senzaţiilor şi ale percepţiei, amintite mai sus, influenţează, evident, eficienţa activităţilor de învăţare desfăşurate cu şcolarii ce prezintă handicap de intelect, făcând necesară o atenţie sporită, acordată calităţilor perceptive ale materialelor expuse în faţa elevilor pentru a fi intuite, asigurând: dimensiuni potrivite, timp şi ritm de expunere corespunzător (practic, dublu faţă de cel necesar copilului fără deficienţe, pus în faţa aceloraşi sarcini), întrebări şi/sau indicaţii verbale clare, luminozitate optimă, colorit adecvat, toate menite să mobilizeze afectiv, să faciliteze înţelegerea sarcinii, să dirijeze actul senzorial/perceptiv şi să diminueze dificultăţile întâmpinate în desfăşurarea acestui act.

Când condiţiile unui act perceptiv de calitate sunt îndeplinite în procesul predării-învăţării, şcolarii cu handicap de intelect îşi pot forma şi ei reprezentări, cât de cât corecte, având astfel o bază utilă pentru formarea noţiunilor prevăzute în programele şcolare. Când însă condiţiile sunt precare, elevii cu handicap de intelect îşi formează

reprezentări şubrede, care, preluând lacunele şi alte caracteristici negative ale imaginilor perceptive, le vor amplifica, transmiţându-le gândirii elevilor respectivi.

3. Reprezentarea

Este rezultatul experienţei individuale, al învăţării, având o poziţie intermediară între percepţie şi gândire. După **P. Popescu-Neveanu şi colab.** (1987, pag. 46), reprezentarea este un „proces cognitiv-senzorial de semnalizare, în forma unor imagini unitare, dar schematice, a însuşirilor concrete şi caracteristice ale obiectelor şi fenomenelor, în absenţa acţiunii directe a acestora asupra analizatorilor".

Reprezentările sunt, deci, imagini mintale secundare ale realităţii, pe care o reflectă cu un anumit grad de generalitate şi selectivitate. După cum se ştie, ne reprezentăm nu numai obiecte şi fenomene, ci şi procese, acţiuni, relaţii. Dacă reprezentările de obiecte şi fenomene stau la baza constituirii noţiunilor concrete şi, deci, la baza unei mari părţi a vocabularului fiecărui individ, reprezentările de procese şi acţiuni sunt puternic legate de caracterul operaţional al activităţii cognitive, inclusiv de operaţiile gândirii.

Caracterul mai mult sau mai puţin cuprinzător al reprezentărilor, bogăţia sau sărăcia lor depind, în mare măsură, de calităţile perceptive în contextul în care ele s-au format la un copil sau altul. Reprezentările interacţionează, însă, şi cu limbajul, care activizează imaginile mintale secundare (adică reprezentările) iar acestea, la rândul lor, contribuie la îmbogăţirea limbajului, atât în ceea ce priveşte vocabularul cât şi operativitatea comunicării.

Reprezentările temeinic elaborate sunt deosebit de importante pentru funcţionarea eficientă a gândirii şi a imaginaţiei, iar dezvoltarea acestora oferă un cadru favorabil pentru lărgirea, în continuare, diversificarea şi nuanţarea reprezentărilor.

Rezultă că, între reprezentare şi celelalte procese cognitive există o permanentă interacţiune reciprocă, în acest context ***dezvoltarea, precizarea şi consolidarea bagajului de reprezentări ale oricărui copil profilându-se ca unul dintre obiectivele formative deosebit de importante.***

3.1. **P. Popescu-Neveanu** (1978) aminteşte faptul că reprezentarea nu este doar un proces al activităţii cognitive, ci şi un produs al acestei activităţi. Ca proces, ea constituie veriga intermediară între senzaţii şi percepţii, pe de o parte, gândire şi imaginaţie, pe de alta, făcând astfel legătură între cogniţia primară şi cea superioară. Ca produs, reprezentarea constituie prima rezultantă a activităţii cognitive, iar calităţile şi insuficienţele sale pot influenţa, pozitiv sau negativ, obţinerea în continuare a unor noţiuni şi concepte, prin care activitatea cognitivă îşi găseşte valorificare superioară. Acelaşi autor subliniază faptul că, în strânsă legătură cu această dublă ipostază a reprezentării – de produs al activităţii cognitive, dar şi de proces cognitiv – ***Jean Piaget*** vorbeşte despre *paradoxul reprezentării*, acesta constând în faptul că, dispunând de un conţinut intuitiv, de tip senzorial (prin care este mai aproape de percepţie) reprezentarea se întemeiază pe „un sistem de operativitate intelectuală, cu totul deosebit şi opus mecanismelor perceptive" (*op. cit.*, pag. 618) şi prin aceasta este mai aproape de gândire. Rezultă că, prin conţinutul său, reprezentarea nu se îndepărtează de percepţie, dar are, totodată, puncte apropiate şi cu imaginaţia, în timp ce prin mecanismele formării şi funcţionării sale – intim legate de procesul interiorizării treptate a experienţei individuale

– se apropie mai mult de gândire şi limbaj, fiind în strânsă legătură cu funcţia de simbolizare sau semiotică.

Definind reprezentarea ca proces cognitiv şi, totodată, ca produs al cogniţiei primare, înţelegem mai bine complexitatea acestui fenomen psihic şi importanţa sa majoră ca fundament pe care se clădeşte edificiul cogniţiei superioare. Este evident că, temeinicia reprezentărilor, de care dispune copilul cu posibilităţi normale de dezvoltare, constituie una din condiţiile importante pentru formarea la acest copil a bagajului corespunzător de noţiuni şi concepte. Este evident, de asemenea, că un fundament de reprezentări cu eventuale fisuri, aşa cum este cel al reprezentărilor la copiii cu deficienţe de intelect – mai ales atunci când aceştia nu beneficiază de o educaţie timpurie, temeinic adaptată particularităţilor dezvoltării lor – va constitui un suport şubred pentru formarea cogniţiei superioare. Apare clar ***necesitatea stimulării şi exersării temeinice a cogniţiei primare la copiii cu deficienţe de intelect, printr-un sistem coerent de educaţie senzorial-perceptivă, de formare, precizare şi corectare a reprezentărilor***, ceea ce se constituie într-unul dintre obiectivele centrale ale terapiei complexe la copiii respectivi, mai ales în anii preşcolarităţii şi ai debutului şcolar.

3.2. Este bine cunoscut faptul că, raportate la gradul propriu de generalizare şi la ponderea celorlalte procese psihice cu care interacţionează, reprezentările pot fi grupate în:

- *reprezentări simple*, la baza cărora se află experienţa perceptivă, pe care subiectul o are cu obiectele şi fenomenele lumii înconjurătoare şi în care este implicată, prioritar, activitatea unui anume analizator, astfel fiind reprezentările vizuale, auditive etc.;
- *reprezentări complexe*, bazate tot pe experienţa individuală, în constituirea cărora sunt implicate, însă, procese mai complexe de interacţiune între analizatori şi o participare mai intensă a operaţiilor gândirii; de acest fel sunt reprezentările spaţiale, de timp, de mişcare etc.;
- *reprezentări construite*, în care, deşi punctul de sprijin îl oferă tot experienţa individuală – inclusiv reprezentările simple şi complexe existente – imaginile sunt supuse unei intense prelucrări prin gândire şi imaginaţie, din această categorie făcând parte, de exemplu, *reprezentările fantastice*.

La şcolarii cu handicap de intelect, gradul de accesibilitate a acestor trei tipuri de reprezentări este foarte diferit de la situaţie la situaţie.

Cele mai puţin accesibile pentru aceşti şcolari sunt reprezentările construite, datorită implicării imaginaţiei, care, după cum vom vedea într-un subcapitol următor, este procesul cognitiv deosebit de afectat şi foarte-puţin eficient la această categorie de copii cu deficienţe.

3.3. O serie de investigaţii experimentale – bazate pe reproducerea în desen a imaginii unor obiecte cunoscute din experienţa anterioară, de către copiii cu deficienţă de intelect – au fost descrise de diferiţi autori ca: ***J.I. Şif*** (1965), ***M. Roşca*** (1967), ***S.I. Rubinştein*** (1970), ş.a. – punându-se astfel în evidenţă aspecte semnificative pentru reprezentările (mai ales vizuale) ale copiilor investigaţi. Iată câteva dintre aceste aspecte:

- *caracterul îngust şi unilateral*, cu alte cuvinte, *sărăcia bagajului de reprezentări;*
- *slaba diferenţiere* dintre reprezentările de aceeaşi categorie, asemănătoare între ele (şi, deci, mai dificil de analizat);
- *rigiditatea* reprezentărilor, lipsa lor de dinamism, de flexibilitate, insuficientă corelare cu experienţa;
- *pierderea treptată şi într-un ritm susţinut a specificului reprezentărilor formate*, estomparea diferenţelor dintre reprezentările apropiate şi chiar deformarea lor cu trecerea timpului şi în strânsă legătură cu lipsa accentuată de fidelitate a memoriei;
- *reproducerea în desene, cu mare greutate şi inexactităţi a poziţiei, mărimii şi formei obiectelor desenate*, ceea ce evidenţiază dificultăţile deosebite pe care ei le întâmpină în reprezentarea spaţiului;
- *caracterul lacunar, chiar fragmentar al desenelor executate*, ceea ce se află în strânsă legătură cu particularităţile similare ale reprezentărilor lor, acestea fiind lipsite de contur precis şi de claritate;
- *tendinţa de pierdere rapidă a noilor imagini mentale*, obţinute în contactul nemijlocit cu obiectele reale şi înlocuirea lor cu elemente mai vechi din propria experienţă cu aceeaşi categorie de obiecte, experienţă care ea însăşi este săracă şi rigidă.

Cercetările menţionate au demonstrat că aceste caracteristici ale reprezentărilor se întâlnesc, îndeosebi, la şcolarii cu handicap de intelect din clasele mici, la care, atât experienţa cognitivă, cât şi limbajul implicat în precizarea reprezentărilor, sunt încă slab dezvoltate. Asemenea caracteristici, care pun în evidenţă calitatea inferioară a reprezentărilor la această categorie de şcolari, se reflectă negativ asupra întregii lor activităţi de cunoaştere, inclusiv asupra rezultatelor obţinute în activitatea de învăţare. Situaţia se poate ameliora, însă, treptat, la clasele mai mari, unde şcolarii respectivi primesc cunoştinţe accesibile despre mediul înconjurător, sunt antrenaţi în activităţi practice manuale: de atelier, pe lotul şcolar, în gospodăria anexă, participă organizat la vizite, excursii şi la alte activităţi cu valoare deosebită pentru realizarea obiectivelor socializării.

3.4. Necesitatea urmăririi cu atenţie a dezvoltării funcţiilor cognitive – inclusiv a dezvoltării reprezentărilor – este subliniată în teoriile privitoare la „învăţarea mediată", la instrumentarea prin exerciţiu dirijat a funcţiilor respective. ***Ana Roth-Szamosközi*** (1998, pag. 43) subliniază, de exemplu, că obiectivul învăţării mediate este acela de a forma „*reprezentările interne* (s.n.), atenţia concentrată şi stabilă, folosirea unor strategii de memorare, de explorare şi de rezolvare de probleme, capacitatea autoreglatoare a limbajului, gândirea reflexivă". Desigur, că acest deziderat – care este, de fapt, dezideratul interiorizării şi al consolidării treptate a reprezentărilor, printr-un demers adecvat şi în strânsă legătură cu formarea altor capacităţi cognitive – este valabil atât în cazul activităţilor de învăţare cu şcolarii având o dezvoltare intelectuală normală, cât şi în cazul special al şcolarilor cu handicap de intelect. La aceştia din urmă, însă, dezideratul respectiv dobândeşte o semnificaţie aparte, întrucât, în cazul în care insuficienţele lor la

nivelul „releului" reprezentărilor se vor menţine şi în continuare, ele vor influenţa puternic – în sens negativ, desigur, – formarea capacităţilor cognitive superioare.

B. Particularităţi ale proceselor cognitive superioare – gândirea şi imaginaţia – la copiii şi adolescenţii cu handicap de intelect

1. Gândirea

Gândirea „se defineşte ca proces cognitiv de însemnătate centrală în reflectarea realului (s.n.) care, prin intermediul abstractizării coordonate în acţiuni mentale, extrage şi prelucrează informaţii despre relaţiile categoriale şi determinative în forma conceptelor, judecăţilor şi raţionamentelor" (**P.Popescu-Neveanu şi colab.**, 1995, pag. 57).

Aceasta este doar una din numeroasele definiţii ale gândirii, pe care le putem găsi în manualele de specialitate, în dicţionare sau în alte surse bibliografice.

1.1. Rezumând principalele idei preluate din sursele menţionate, reţinem, îndeosebi, următoarele caracteristici ale gândirii:

- *gândirea reprezintă un proces psihic fundamental pentru cunoaştere*, prin ea realizându-se conştientizarea şi prelucrarea informaţiei dobândită a/ pe cale senzorial-perceptivă şi transformată în imagini mentale (primare, în momentul dobândirii), iar apoi în imagini secundare, adică în reprezentări, cât şi a informaţiei mijlocite, primită b/ prin intermediul limbajului sau al altor modalităţi simbolice;
- *gândirea se bazează pe o serie de operaţii intelectuale proprii: analiza şi sinteza, abstractizarea şi generalizarea, clasificarea, compararea, concretizarea, transferul* ş.a., ea dezvoltându-se stadial, parcurgând o suită de etape ale maturizării proceselor intelectuale, etape care, în binecunoscuta concepţie a lui ***Jean Piaget*** şi colab. (1964) sunt: a/ *etapa inteligenţei senzoriomotorii*, b/ *etapa preoperatorie*, c/ *etapa operaţiilor intelectuale concrete* şi d/ *etapa operaţiilor intelectuale formale*;
- *gândirea accede*, treptat, *la raţionamentul inductiv* şi *la cel deductiv*, implică *reversibilitatea*, sub diferitele sale aspecte, realizând operaţiile de *transfer* şi căutând soluţii pentru *rezolvarea situaţiilor-problemă*; acestea se bazează pe două mari categorii de formule: *algoritmice* – presupunând operaţii *standardizate* şi rezolvări tip – şi formule *euristice*, presupunând sisteme operaţionale plastice şi deschise, rezolvări originale;
- *gândirea contribuie hotărâtor la formarea bagajului cognitiv bazat pe noţiuni şi concepte*, rezultate din prelucrarea şi valorificarea superioară a produsului cogniţiei primare, adică a reprezentărilor, în strânsă legătură cu informaţia mediată prin limbaj. Formarea noţiunilor şi a conceptelor se produce în *procesul complex al învăţării cognitive*.

Datorită tuturor acestor caracteristici, *gândirea este principala pârghie psihică, prin care individul uman* – deci şi şcolarii aflaţi în plin proces de maturizare intelectuală, inclusiv şcolarii cu handicap de intelect – *realizează, mai mult sau mai puţin eficient,*

adaptarea la condiţiile de mediu, într-un proces continuu, ciclic, în care, conform concepţiei piagetiene, secvenţele se desfăşoară în doi timpi:

a/ *asimilarea de noi informaţii*, dar nu printr-o simplă adiţiune la vechiul bagaj cognitiv, ci printr-o acţiune dinamică şi complexă;

b/ *„acomodarea" vechiului bagaj cognitiv la elementele de progres ale noii informaţii*, obţinându-se astfel un nou echilibru cognitiv (desigur, relativ), ceea ce determină implicit o mai bună adaptare, (desigur, temporară), procesul continuând cu noi secvenţe cognitive.

Gândirea se dezvoltă, însă, nu numai prin lărgirea şi precizarea bagajului informaţional, pe calea descrisă – cale evident dinamică – ci şi prin *perfecţionarea suportului operaţional.* Este cunoscut faptul că forţa motorie a acestui proces o reprezintă activitatea, în sensul larg al acestei noţiuni şi că, în mod concret, cogniţia, activitatea de învăţare se desfăşoară prin transformarea (interiorizarea) treptată a acţiunilor exterioare în acţiuni şi operaţii mintale, proces descris amănunţit de ***P.I. Galperin*** (trad. 1972).

Prin caracteristicile şi mecanismele sale, gândirea se profilează ca un proces psihic deosebit de complex, care, în stare de normalitate, focalizează şi valorifică, optim, întreaga activitate cognitivă a fiecărui individ, asigurându-i acestuia un echilibru stabil şi adaptarea eficientă la condiţiile şi solicitările mediului propriu, în care trăieşte şi se dezvoltă. Dimpotrivă, în cazul persoanelor cu deficienţe de intelect, gândirea este supusă unei accentuate întârzieri în dezvoltare şi, interacţionând cu celelalte funcţii şi procese psihice, focalizează insuficienţele întregii activităţi cognitive, determinând scăderea, uneori drastică, a eficienţei intelectuale (în cazurile accentuate ale deficienţei de intelect, sub nivelul minim al adaptabilităţii).

1.2. Una dintre caracteristicile importante ale dinamicii dezvoltării psihice la copiii cu deficienţe de intelect o reprezintă „vâscozitatea genetică", fenomen pus în evidenţă de ***Barbel Inhelder*** (trad. 1963). Bazându-se pe teoria piagetiană, a dezvoltării stadiale a inteligenţei, această autoare a evidenţiat faptul că, în timp ce adolescentul normal atinge cu uşurinţă stadiul operaţiilor intelectuale formale, inclusiv întreaga paletă a gândirii reversibile, deficientul de intelect stagnează în dezvoltarea sa, rămânând la nivelul unor trepte intermediare, fără a putea atinge nivelul gândirii formale.

La rândul său, ***L. S. Vâgotski*** (1934, trad. 1971) a demonstrat, în studiile sale comparative, că în raport cu dimensiunile largi ale proximei dezvoltări la copilul cu intelect normal, la copiii cu deficienţe de intelect „zona proximei dezvoltări" a inteligenţei este limitată, restrânsă, cu atât mai limitată cu cât gravitatea deficitului său intelectual este mai mare. Ca expresie a acestui fapt, copilul cu deficienţă de intelect face paşi mărunţi, lenţi şi ezitanţi în evoluţia sa intelectuală, de fapt a întregii sale vieţi psihice.

Comparând punctele de vedere exprimate de L.S. Vâgotski şi B. Inhelder cu privire la dezvoltarea inteligenţei şi la particularităţile gândirii copiilor cu deficienţe de intelect, observăm că ele sunt, de fapt, complementare, împreună făcându-ne să înţelegem mai bine că întârzierea în dezvoltarea intelectuală, deci şi a gândirii la copiii cu deficienţe de intelect nu reprezintă o simplă încetinire în raport cu ritmurile susţinute ale aceluiaşi proces, la copilul obişnuit. ***Fenomenul respectiv este, de fapt, o manifestare a tulburării complexe a dezvoltării inteligenţei la copiii cu acest tip de deficienţă, inclusiv a***

dinamicii dezvoltării şi a manifestării gândirii lor, caracterizată prin numeroase inegalităţi şi oscilaţii şi concretizată într-o evoluţie încetinită, greoaie, inconsistentă şi neterminată.

1.3. O altă trăsătură a gândirii la şcolarii cu handicap de intelect – probabil cea mai frecvent observată în activitatea de învăţare desfăşurată cu aceşti şcolari – o reprezintă inerţia proceselor gândirii, ca expresie a dereglării dinamicii corticale, adică a dereglării mobilităţii proceselor nervoase fundamentate – excitaţia şi inhibiţia – pe care se bazează activitatea nervoasă superioară. După cum am arătat în capitolul precedent, inerţia patologică a gândirii este în strânsă legătură cu „simptomul central al sindromului oligofrenic”, care, după *M. S. Pevzner* (1959), constă în dificultăţi accentuate de abstractizare şi generalizare, acestea găsindu-şi explicaţia în diminuarea capacităţii corticale de analiză şi sinteză. Una dintre cele mai frecvente manifestări ale acestui „simptom central”, adică a dificultăţilor de abstractizare şi generalizare, constă în *concretismul excesiv al gândirii*, în incapacitatea accentuată a şcolarului cu handicap de intelect de-a se desprinde de concretul nemijlocit, de situaţia trăită în momentul dat, de a face generalizări şi de a verbaliza (conştientiza) propria experienţă. Aceşti şcolari se caracterizează, de asemenea, printr-un scăzut spirit de observaţie, printr-o insuficientă curiozitate, prin slaba manifestare a interesului cognitiv, ceea ce influenţează negativ procesul antrenării lor în activitatea cognitivă, inclusiv în activitatea de învăţare şcolară.

O altă caracteristică importantă o reprezintă *inconsecvenţa gândirii* (sau lipsa de coerenţă), îndeosebi la acele forme etiologice ale deficienţei de intelect (de origine posttraumatică sau postencefalitică) pentru care este proprie pierderea accelerată a capacităţii de concentrare şi efort.

Ca urmare a caracteristicilor menţionate, gândirea deficienţilor de intelect îşi pierde vizibil rolul de coordonare asupra activităţii desfăşurate, ceea ce influenţează negativ eficienţa activităţilor de învăţare. De exemplu, când, primind o sarcină (problemă) de rezolvat, ei nu o analizează în gând, adică la nivelul limbajului interior, pentru a stabili etapele principale de parcurs, ci trec impulsiv la rezolvare, orientându-se după elemente întâmplătoare, după asemănări de formă cu alte situaţii etc. În aceste condiţii, şcolarilor cu handicap de intelect le lipseşte sau este pierdut rapid momentul de orientare în sarcina primită, adică de a judeca în prealabil condiţiile de rezolvare a sarcinii respective.

În activităţile şcolare cotidiene, întâlnim şi alte frecvente manifestări ale inerţiei patologice la şcolarii cu handicap de intelect, atât în gândirea lor, cât şi la nivelul altor procese şi funcţii psihice. Aşa sunt: lentoarea operaţiilor mintale, dar şi practice, pe care elevii respectivi le efectuează inabil, concretizate, de exemplu, în numeroasele stereotipii prezente în comportamentul şi în vorbirea lor, de exemplu, în repetarea fără discernământ a unor şabloane verbale însuşite mecanic, în sărăcia exemplificărilor originale, în dificultăţile accentuate de aplicare în practică şi de transfer a achiziţiilor anterioare, în lipsa de iniţiativă manifestată în activităţile de învăţare etc. Incapacitatea sau dificultăţile accentuate în realizarea transferului constituie un indiciu important al rigidităţii gândirii la copiii cu deficienţe de intelect şi, totodată, o manifestare a nedezvoltării limbajului lor intern.

Încă o manifestare a inerţiei la şcolarii cu handicap de intelect constă în dificultăţile majore pe care ei le întâmpină, mai ales în secvenţa acomodativă a procesului cognitiv, în sensul piagetian al acestui termen. Drept urmare, în „depozitul mnezic" al şcolarilor respectivi coexistă fragmente de informaţii învechite şi contradictorii cu elemente cognitive mai noi, ceea ce îngreunează posibilităţile de rezolvare a sarcinilor primite în activitatea la clasă, în activităţile terapeutice de grup sau individuale, precum şi în activităţile de pregătire pentru muncă.

Şcolarii cu handicap de intelect, îndeosebi cei din clasele mici, manifestă adesea stereotipii şi perseverări – expresie a inerţiei patologice în gândire, în limbaj şi în comportamente – inclusiv în timpul liber, în momente de relaxare etc. De exemplu, jocurile spontane din recreaţii ale acestor şcolari sunt sărace în formă şi conţinut sau, pur şi simplu, sunt ocolite (desigur, nu în mod conştient), locul lor fiind luat de activităţi care nu solicită gândirea: deplasări fără un anumit scop dintr-un loc în altul, manipulări întâmplătoare de obiecte (aflate prin preajmă), imitarea unor activităţi (jocuri) ale altor copii etc.

1.4. În paginile prezentului subcapitol, am pus în evidenţă doar o parte a caracteristicilor gândirii copiilor cu deficienţă de intelect, acelea care, după părerea noastră, se află într-o strânsă corelaţie specifică a dinamicii dezvoltării lor mintale, adică cu „vâscozitatea genetică" şi „caracterul restrâns, limitat, al proximei dezvoltări", precum şi cu distorsionarea dinamicii corticale, adică cu inerţia oligofrenică sau patologică.

În lucrările diferiţilor autori sunt descrise şi alte particularităţi sau nuanţe de manifestare a particularităţilor gândirii la copii cu deficienţă de intelect. Nu ne vom opri asupra lor, ele putând fi urmărite cu uşurinţă în acele lucrări. Subliniem, însă, că particularităţile gândirii la deficienţii de intelect – aşa cum sunt ele descrise în lucrările menţionate – practic nu se întâlnesc niciodată toate împreună şi nici în constelaţii identice la mai mulţi indivizi cu deficienţe de intelect, chiar şi atunci când, într-un moment dat, o investigaţie psihometrică pune în evidenţă, la doi sau mai mulţi indivizi investigaţi, un IQ identic. Prezenţa, modul de îmbinare şi ponderea particularităţilor respective depind de etiologia deficienţei în cazul concret dat, cât şi de condiţiile ulterioare de mediu şi educaţie în care se desfăşoară dezvoltarea.

În ultimele decenii sunt exprimate puncte de vedere optimiste – fundamentate pe date de cercetare – din care se desprinde posibilitatea influenţării pozitive a dezvoltării capacităţilor intelectuale, deci şi ale gândirii, la copiii care au suferit afecţiuni cerebrale sau deprivări îndelungate de stimulare şi care, conform unor evaluări complexe, se situează într-o zonă de ineficienţă cognitivă. După cum am subliniat anterior, o condiţie esenţială pentru reuşita influenţării terapeutice a unor astfel de copii şi pentru aducerea lor cât mai aproape de parametrii normali ai dezvoltării, inclusiv ai dezvoltării gândirii, o reprezintă abordarea cât mai de timpuriu posibil şi includerea lor în programe personalizate de terapie complexă. Există, însă, şi părerea că, de fapt, ***fără a elimina ideea abordării timpurii, în caz de nevoie, niciodată nu este prea târziu pentru a încerca o modificare în bine, o ameliorare a stării de handicap***.

Pentru a ilustra această afirmaţie, reproducem, după **Ana Roth-Szamosközi** (1998, pag. 44), ideea că, spre deosebire de concepţiile care subliniază doar importanţa

stimulării timpurii a capacităţilor recuperatorii, compensatorii şi activatoare la persoanele cu deficienţe neurofiziologice sau datorate deprivării de stimulare, „***R.Feuerstein*** şi colaboratorii săi (1991) subliniază ***caracterul structural modificabil al psihicului uman pe tot parcursul evoluţiei sale, independent de vârsta subiectului*** (s.n.). În această accepţie, termenul de modificabilitate cognitivă este foarte puternic ancorat în practica educaţională, recuperatorie şi stimulativă. Feuerstein a elaborat şi a validat un set de instrumente de îmbogăţire cognitivă, care se adresează cu mare precizie unor funcţii psihice deficitare şi care au ca scop fundamental creşterea modificabilităţii psihice, adică a capacităţii organismului de a profita de experienţa de învăţare".

Este evident că teoria modificabilităţii cognitive şi a îmbogăţirii instrumentale elaborate de R.Feuerstein întră în contradicţie cu părerea unor psihologi din primele decenii ale secolului trecut, părere conform căreia coeficientul de dezvoltare a inteligenţei unui copil – coeficient stabilit prin teste psihometrice în perioada de maturizare anatomo-fiziologică a sistemului nervos central al acestuia – va rămâne nemodificat în continuare. Această părere este infirmată nu numai de cercetările lui R.Feuerstein şi ale colaboratorilor săi – care, de altfel, se bazează pe teoriile psihologice moderne, promovate în acest domeniu de eminenţi psihologi, ca L.S. Vâgotski, A.R.Luria, B.Inhelder, R.Zazzo ş.a. – ci şi de progresele şcolare înregistrate de copii cu deficienţe de intelect, şcolarizaţi în instituţiile de învăţământ special şi/sau incluziv, temeinic organizate, adaptate particularităţilor acestor copii, instituţii care-şi propun ca obiectiv major stimularea dezvoltării lor compensatorii şi pregătirea pentru integrarea socială, prin participarea la activităţi practice accesibile şi utile sieşi şi comunităţii de apartenenţă.

Este incontestabil necesar ca, de pe o asemenea poziţie optimistă, în cazul persoanelor cu deficienţe de intelect de vârste diferite, să fie elaborate şi experimentate modele diverse de intervenţie, bazate pe forme accesibile ale învăţării cognitive mediate, dar şi ale învăţării emoţionale, ale învăţării sociale şi ale învăţării practice, care, prin conţinut şi procedee, deţin valenţe compensatorii importante în psihopedagogia specială a persoanelor cu handicap de intelect.

2. Imaginaţia

După Paul-Popescu Neveanu (1978, pag. 324), imaginaţia reprezintă un ***proces psihic „solidar şi analog cu gândirea" aparţinând, deci, cogniţiei superioare; ea reprezintă, de asemenea, un proces „de operare cu imagini mintale, de combinare sau construcţie imagistică***" (s.n.), prin care acţionăm „asupra realului, posibilului,viitorului" şi tindem spre „producerea noului, în forma unor reconstituiri intuitive, a unor tablouri mintale, planuri iconice sau proiecte".

2.1. Imaginaţia se află în strânsă legătură cu gândirea divergentă, a cărei principală caracteristică o reprezintă *mobilitatea*. Implicând puternic funcţia semiotică, specific umană, imaginaţia interacţionează cu reprezentarea, cu limbajul, cu procesele mnezice şi cu alte laturi ale personalităţii, contribuind la imprimarea originalităţii acesteia. Există şi o puternică legătură între imaginaţie şi stările motivaţional-afective ale individului.

Pentru a se manifesta, imaginaţia se bazează şi pe operaţiile mintale generale de analiză, sinteză, clasificare, comparaţie etc. specifice, în primul rând, gândirii. Totodată, însă, ea dispune şi de procese aparte, prin care valorifică, în mod original, operaţiile amintite. Aceste procedee sunt: *anticiparea, substituirea, tipizarea, aglutinarea* ş.a., eficienţa lor depinzând, însă, hotărâtor de mobilitatea gândirii. Specificul procedeelor imaginaţiei rezultă din felul în care se realizează reamenajarea, redistribuirea, combinarea achiziţiilor cognitive existente deja în bagajul mnezic în experienţa individului.

În raport de anumite criterii, imaginaţia se clasifică după cum urmează:

- după prezenţa (sau absenţa) intenţiei: imaginaţia voluntară şi imaginaţia involuntară;
- după activismul subiectului: imaginaţia activă şi imaginaţia pasivă;
- după domeniul implicat: imaginaţa artistică, imaginaţia tehnică, imaginaţia militară etc.
- după gradul de originalitate: imaginaţia reproductivă şi imaginaţia creatoare.

Pe fondul acestor afirmaţii este evident că imaginaţia interacţionează prioritar cu inteligenţa emoţională şi cu afectivitatea.

Sub diferitele sale forme şi prin procedeele sale, imaginaţia este puternic implicată inclusiv în activitaţile de învăţare şi, desigur, în procesul general al adaptării.

2.2 La copiii cu deficienţă de intelect imaginaţia este afectată, inclusiv datorită sărăciei şi caracterului lacunar al bagajului lor de reprezentări, datorită caracterului rudimentar al funcţiei semiotice şi slabei dezvoltări a limbajului, datorită capacităţilor mnezice limitate – îndeosebi în ceea ce priveşte actualizarea, prelucrarea şi aplicarea propriilor cunoştinţe – şi, mai ales, datorită inerţiei gândirii şi rigidităţii reacţiilor adaptative. Ca urmare a insuficienţelor imaginaţiei, aflate în strânsă legătură cu insuficienţele gândirii, în speţă cu „simptomul central oligofrenic", adică cu afectarea puternică a capacităţii de abstractizare şi generalizare, la copiii cu deficienţă de intelect sunt aproape inexistente: fantezia, creativitatea, iniţiativa, empatia, previziunea etc.

C. Păunescu şi I. Muşu (1997, pag. 205) sunt de părere că „imaginaţia la toate formele de nedezvoltare cognitivă este săracă, reproductivă, intensitatea ei fiind invers proporţională cu gradul de gravitate, uneori până la absenţa totală, cu frecvente tulburări la formele de deficienţă mintală".

Într-un alt context, **N. Sillamy** (1995, pag. 153) susţine, dimpotrivă, că „producţiile imaginare sunt cu atât mai bogate, cu cât controlul intelectual este mai slab". Chiar dacă această afirmaţie este, eventual, adevărată cu referire la anumite maladii psihice, ca, de exemplu, la unele cazuri de schizofrenie însoţite de handicap intelectual, ea nu poate fi raportată la caracteristicile tuturor persoanelor cu deficienţă de intelect, aceste persoane prezentând mari dificultăţi şi limite, chiar şi în formele cele mai accesibile ale imaginaţiei reproductive şi ale imaginaţiei pasive.

De exemplu, „creaţiile" reproductive ale şcolarilor cu handicap de intelect – de pildă, desenul prin copiere sau desenul după model – sunt sărace, lacunare, stereotipe şi repetitive. Visele din timpul somnului – ca manifestare a imaginaţiei pasive – sunt şi ele extrem de sărace, conţinutul lor fiind în strânsă legătură cu situaţiile cotidiene, trăite recent şi cu persoane din imediata apropiere. Astfel, întrebaţi ce anume au visat în timpul

somnului, unii elevi din clasele mari ale şcolii speciale răspund frecvent: „pe mama", „pe dumneavoastră", „că mergem în excursii"etc.

Citaţi mai sus, **C. Păunescu şi I. Muşu** (1997, pag. 205) consideră că „cele mai frecvente tulburări ale imaginaţiei, la deficienţii de intelect, sunt minciuna şi confabulaţia". Practica demonstrează că, într-adevăr, comportamentele bazate pe minciună şi confabulaţie sunt mai frecvente la unii copii cu deficienţă de intelect, decât la copiii fără asemenea deficienţe de aceeaşi vârstă. Nu împărtăşim, însă, ideea că ele s-ar datora tulburării imaginaţiei. Mai plauzibilă este explicaţia dată de **L.S. Vâgotski**, după care ranchiuna, linguşeala, minciuna ş.a. reprezintă, de fapt, trăsături negative de caracter, formate la persoanele cu deficienţă de intelect prin consolidarea unor scheme comportamentale negative de tip reactiv, pseudocompensator.

2.3. În manualul de psihologie şcolară, **Tinca Creţu** (1987) subliniază următoarele situaţii de învăţare, în care imaginaţia elevilor este puternic solicitată:

- când materialul învăţat nu este accesibil cunoaşterii directe sau cu ajutorul unor modalităţi substitutive (imagini, scheme, proiecţii etc.), iar cadrele didactice recurg cu predilecţie, în transmiterea noilor cunoştinţe, la metode verbale: povestirea, conversaţia, expunerea verbală etc.;
- când se studiază procese interioare ale unui mecanism sau sistem în interiorul căruia nu putem pătrunde;
- când se studiază dinamica, în timp, a unui fenomen;
- când elevii sunt solicitaţi să construiască sau să reconstituie, în plan mental, un fenomen, o suită de relaţii etc.

Situaţiile de învăţare enumerate, în care este solicitată imaginaţia elevilor, trebuie avute în vedere şi în cazul activităţilor desfăşurate cu şcolarii care prezintă handicap de intelect, tocmai datorită particularităţilor descrise ale imaginaţiei lor. Astfel de situaţii pot avea loc la lecţiile de geografie sau de biologie desfăşurate la clasele mari unde, spre exemplu, sunt descrise zone îndepărtate sau fenomene inaccesibile observaţiei nemijlocite, de asemenea, la lecţiile de istorie, unde sunt analizate evenimente din trecut şi prezent, în înlănţuirea lor temporală etc.

Dificultăţile accentuate ale şcolarilor cu handicap de intelect întâmpinate la disciplinele şi activităţile amintite, sunt consecinţa capacităţii lor reduse de a-şi imagina o realitate descrisă verbal sau prezentată cu ajutorul altor mijloace simbolice. De exemplu, chiar dacă, în clasele mai mari aceşti elevi îşi însuşesc la lecţii simple de geografie semnificaţia unor semne convenţionale elementare şi a unor grupuri formate din astfel de semne, ei nu reuşesc să descifreze într-o activitate independentă sensul unui context cartografic (de exemplu, al unui plan topografic, al unei hărţi şcolare pe care nu le-au mai întâlnit). În activităţile de acest tip, ei trebuie dirijaţi şi sprijiniţi, la început prin analize pe secvenţe şi prin raportare la contexte de obiecte geografice reale din teren, pentru ca apoi să se realizeze unificarea secvenţelor în întregul vizat şi trecerea la operarea cu reprezentări în plan mintal.

Aceşti elevi nu înţeleg nici subtextul sau mesajul indirect al unor texte citite. De exemplu, la lecţiile de istorie, ei, de regulă, nu reuşesc să sesizeze înlănţuirea cronologică între evenimentele descrise, nu înţeleg sensul figurat al povestirilor istorice şi al

legendelor. De asemenea, la activităţile practice, în atelierele şcolare, nu reuşesc să folosească, independent, reprezentările grafice elementare executate pe tablă sau schiţele de desen tehnic întocmite de maiştrii instructori, deşi acestea sunt masiv implicate în activitatea de pregătire practică pentru muncă.

Cele prezentate, referitor la imaginaţia copiilor cu handicap de intelect, nu trebuie interpretate ca un îndemn la eliminarea din curriculumul şcolar şi, în general, din programul lor zilnic, al activităţilor care solicită imaginaţia. Dimpotrivă, desfăşurarea corespunzătoare a unor astfel de activităţi poate contribui la dezvoltarea compensatorie, îndeosebi, a imaginaţiei lor reproductive. Aceasta presupune, însă, respectarea câtorva cerinţe importante:

- stimularea imaginaţiei în contextul terapiei complexe desfăşurată sistematic cu şcolarii vizaţi, o atenţie aparte acordându-se ludoterapiei, meloterapiei, artterapiei, folosite în scopul urmărit;
- utilizarea pe scară largă a procedeelor intuitiv-practice şi activ-participative, totodată renunţând la folosirea excesivă a metodelor verbale de predare-învăţare-evaluare fără sprijin pe concretul nemijlocit;
- formarea unor algoritmi de utilizare a mijloacelor schematice şi simbolice, specifice unor anumite discipline şi activităţi şcolare: citit-scris, aritmetică şi geometrie elementară, desen, activităţi cu semne convenţionale şi hărţi simple (exerciţii ludice cu harta, călătorii imaginare pe hartă ş.a.) dar mai ales schiţe simple la activităţi de atelier, cu care unii dintre şcolarii respectivi s-ar putea să aibă de a face şi după absolvirea învăţământului special în anumite activităţi practice accesibile.

2.4. O trăsătură fundamentală a imaginaţiei – prin care ea se valorifică foarte diferenţiat de la individ la individ şi de la un context la altul – o reprezintă, după cum se ştie, *creativitatea*.

P. Popescu Neveanu (1978, pag. 157) consideră că: „orice definire a creativităţii la nivelul personalităţii va trebui să se refere la interacţiunea optimă generatoare de nou dintre atitudini şi aptitudini". Sub ambele aceste aspecte, şcolarii cu handicap de intelect sunt puternic dezavantajaţi deoarece, sub aspect atitudinal, comportamentul lor – inclusiv cel creativ – este puternic marcat de inerţia patologică şi „vâscozitatea mintală" proprii profilului lor psihologic. Totodată, în ceea ce priveşte aptitudinile, considerate valori peste media performanţelor obişnuite, persoanele cu deficienţe de intelect sunt, de asemenea, dezavantajate, profilul lor psihologic – puternic heterocronic – fiind situat sub nivelul performanţelor medii, obţinute într-o investigaţie a parametrilor dezvoltării, nu numai prin mijloace psihometrice, ci şi pe bază de observare individuală de lungă durată.

Pe fondul acestor afirmaţii, s-ar putea formula o concluzie pesimistă referitoare la noncreativitatea totală a şcolarilor cu handicap de intelect. Dar, în urma unor interesante şi laborioase investigaţii comparative desfăşurate în acest perimetru teoretic, **Marilena Bratu** (2008) oferă, în teza sa de doctorat, concluzii nuanţate, mai optimiste, în sensul implicării în activităţile de învăţare desfăşurate cu aceşti şcolari a unor procedee de lucru prin care le este stimulată mai ales imaginaţia reproductivă.

C. Procesele mnezice şi atenţia – condiţii ale unei activităţi cognitive eficiente

Deşi se ştie că, în psihologia generală, procesele mnezice şi atenţia sunt abordate în capitole de sine stătătoare, în această lucrare le analizăm împreună şi în strânsă legătură cu procesele cognitive ale şcolarilor cu handicap de intelect. La aceşti şcolari, unele particularităţi negative ale memoriei şi atenţiei, asociate particularităţilor descrise mai sus ale proceselor cognitive, contribuie la o scădere şi mai accentuată a rezultatelor la învăţătură şi în procesul adaptării la condiţiile mediului înconjurător, îndeosebi ale mediului socio-cultural. Fenomenul ineficienţei mnezice şi al diminuării capacităţii de concentrare este, de altfel, atât de evident, încât părinţii copiilor cu deficienţă de intelect, adresându-se comisiilor teritoriale de expertiză pentru consult şi orientare, invocă adesea acest fenomen, pe care îl consideră principala cauză a eşecurilor înregistrate: „Copilul meu înţelege tot, dar nu are ţinere de minte" sau: „Nu ar fi prost, dar uită repede" sau: „Ar putea să înveţe, dar nu este atent" etc. La fel de adevărat este, însă, şi faptul că, atunci când unii copii cu deficienţă de intelect dispun de anumite potenţialităţi mai bine păstrate în domeniul memoriei şi/sau în cel al atenţiei, exersarea temeinică a acestora poate avea un rol compensator important în activităţile de învăţare şi în procesul adaptării la solicitări.

1. Procesele mnezice (memoria)

Datorită importanţei memoriei pentru întreaga viaţă psihică, **I.M. Secenov** – cunoscut specialist neuro-fiziolog – considera memoria „piatră unghiulară a dezvoltării psihice". După **P. Popescu Neveanu** (1978), **Mielu Zlate** (1994) şi alţi autori, ***memoria la om este o premisă a vieţii conştiente şi, totodată, un produs al celorlalte funcţii şi procese cu care interacţionează strâns.*** Fără memorie nu sunt posibile învăţarea, deprinderile, conştiinţa, personalitatea. În timp ce la alte vieţuitoare memoria este legată de informaţia primită prin intermediul primului sistem de semnalizare şi nu depăşeşte nivelul de generalizare al reprezentărilor concrete, la om memoria se corelează puternic cu limbajul, cu gândirea abstractă şi cu conştiinţa de sine, fiind puternic dependentă de starea funcţiei semiotice şi de gradul înzestrării instrumentale a fiecărui individ. Memoria constituie o punte de trecere de la experienţa trecutului, prin realitatea prezentului, spre imaginarea şi previziunea viitorului. Ca parte intrinsecă a vieţii psihice, aflată în strânsă corelaţie cu celelalte componente ale sistemului psihic uman, memoria interacţionează cu reprezentarea, limbajul, gândirea, imaginaţia – dar şi cu deprinderile – adică cu acele procese şi funcţii psihice ale căror afectare la deficienţii de intelect determină, în mare măsură, gradul lor de ineficienţă şcolară şi adaptativă.

1.1. Memorarea informaţiei, în perspectiva reactualizării sale la nevoie, se bazează, după cum este cunoscut din psihologia generală, pe următoarele procese mnezice intercorelate: *întipărirea* şi *conservarea, recunoaşterea şi reproducerea.* La copiii cu deficienţe de intelect, fiecare dintre aceste procese mnezice se caracterizează prin afecţiuni specifice, formând, aşa cum consideră **L.S. Vâgotski**, citat de **S.I. Rubinstein** (1970), un adevărat „nucleu de particularităţi ale memoriei", acestea fiind:

a) *ritmul încetinit de însuşire* a noilor informaţii,

b) *instabilitatea păstrării* informaţiei şi

c) *inexactitatea reproducerii.*

După aceeaşi autoare (S.I. Rubinstein), particularităţile respective ale memoriei îşi găsesc explicaţia în ***incapacitatea accentuată a persoanelor cu deficienţă de intelect de a prelucra materialul ce trebuie memorat, adică de a-l supune, în activitatea organizată de învăţare, unui proces de analiză, triere, clasificare, transfer şi aplicare la condiţii noi.***

Eficienţa memoriei la şcolarul cu handicap de intelect este diminuată, totodată, şi de tendinţa acestuia de a reduce actul învăţăturii la o asimilare aditivă de informaţii (insuficient legate între ele) şi nu de prelucrare activă a lor într-un proces autentic de „acomodare", în sensul interpretării piagetiene a acestei noţiuni.

De asemenea, este cunoscut faptul că ***există o serie de factori care facilitează memorarea în învăţare, inclusiv la elevii cu handicap de intelect.*** Reamintim câţiva dintre aceşti factori:

- *interesul,* ca o condiţie a înţelegerii scopului învăţăturii şi a utilităţii cunoştinţelor ce trebuie învăţate (memorate);
- *activismul* sau învăţarea prin acţiune, prin rezolvare de situaţii-problemă, prin efort de analiză şi organizare a materialului de învăţat;
- *afectivizarea* procesului de învăţare, adică desfăşurarea activităţilor cognitive pe un fond emoţional optim.

Calitatea întipăririi şi a conservării informaţiei, îndeosebi a celei cognitive, predominantă în activitatea de învăţare şcolară, este dependentă, în mare măsură, inclusiv de *caracterul voluntar sau involuntar* al acestei activităţi. Atât la copiii cu dezvoltare intelectuală normală, cât şi la cei cu deficienţe de intelect, memoria voluntară se dovedeşte a fi mai productivă, dar şi mai solicitantă, deci mai obositoare, îndeosebi pentru cei cu deficienţe.

M. Roşca (1967, pag. 133) sublinia că, la copiii cu deficienţă de intelect, „memorarea nu dobândeşte un caracter suficient de voluntar, aceşti copii nerecurgând în măsura necesară la procedee de fixare intenţionată. Ei nu-şi elaborează un plan de organizare a materialului, nici în momentul fixării şi nici în momentul reproducerii". După părerea noastră, la aceste afirmaţii mai trebuie adăugat şi faptul că în activitatea de învăţare desfăşurată cu deficienţii de intelect, prea des se apelează la conţinuturile transmise mai ales verbal (de exemplu în cadrul unei povestiri sau a unei descrieri), deci prin mijloace mai puţin accesibile acestora. Determinând instalarea accelerată a oboselii, solicitarea exclusiv verbală a şcolarului cu handicap de intelect, fără sprijin pe suport intuitiv şi pe activităţi care să le trezească şi să le menţină curiozitatea, duce la pierderea rapidă a interesului şi a atenţiei sale pentru activitatea în cauză şi la menţinerea în depozitul mnezic a unei informaţii lacunare, inexacte.

1.2. O consecinţă majoră a dificultăţilor de întipărire şi păstrare a informaţiei, în depozitul mnezic al şcolarilor cu deficienţe de intelect, o reprezintă *volumul redus al capacităţii lor de memorare.* Într-o activitate de memorare, desfăşurată în procesul de învăţare şcolară, copiii cu deficienţe de intelect reţin mai puţine cunoştinţe decât cele reţinute de copiii cu intelect normal de aceeaşi vârstă sau chiar de vârste mai mici. Fenomenul trebuie pus în legătură atât cu sărăcia şi caracterul fragmentar al reprezentărilor şi al bagajului noţional, cât şi cu slaba dezvoltare a limbajului, inclusiv a

limbajului interior. Noile informaţii, pe care le dobândesc aceşti copii cu deficienţe, de cele mai multe ori nu găsesc, în bagajul lor mnezic, materialul cognitiv cu care să se relaţioneze, de care să se lege, deoarece vechile cunoştinţe le sunt rigide şi nu se „acomodează" celor nou dobândite. Memoria copiilor cu deficienţă de intelect – ca de altfel şi gândirea acestora – sunt dominate de inerţie şi „vâscozitate". Fenomenul relatat are consecinţe deosebit de negative şi asupra capacităţii lor de a realiza transferul, adică de a utiliza propriile cunoştinţe în situaţii noi, mai ales în situaţii problematice, care trebuie rezolvate cu promptitudine şi cu un grad mare de independenţă. În asemenea situaţii, indiferent că ele apar în şcoală – create intenţionat în scopuri didactice – sau se nasc în contextul ambianţei obişnuite, copilului cu deficienţă de intelect îi este anevoios să-şi selecteze, din propriul bagaj mnezic, cunoştinţele şi deprinderile necesare pentru efectuarea demersului rezolutiv ce se impune în situaţia dată.

Se consideră, adesea, că memoria mecanică reprezintă o capacitate mai bine păstrată la şcolarii cu handicap de intelect, deci că volumul materialului reţinut prin acest tip de memorare este mai mare, comparativ cu eficienţa memoriei logice. Chiar dacă acest lucru este valabil doar parţial – adică, aşa cum am spus, numai în comparaţie cu nivelul mai scăzut al propriei memorii logice – eficienţa sa rămâne, totuşi, redusă, mai ales datorită *uitării,* care se instalează rapid, îndeosebi la unele forme etiologice (posttraumatice, postencefalitice ş.a.) ale deficienţei de intelect, în strânsă legătură cu fatigabilitatea crescută la copiii cu deficienţe de acest fel.

În legătură cu volumul memoriei, dar şi cu caracterul său mecanic, uneori se fac trimiteri la exemple de *hipermnezie mecanică*, întâlnite mai ales la unii copii cu deficienţă de intelect severă. De regulă, însă, fenomenul hipermneziei se manifestă într-un câmp extrem de îngust, legat, de exemplu, de „capacitatea" de a reţine şi reproduce un şir de cifre, diverse date caracteristice sau fragmente de text în limbi străine, fără înţelegerea sensului. Neavând o valoare compensatorie şi de adaptare, aceste cazuri de hipermnezie la unele persoane cu deficienţe de intelect pot interesa doar ca simple curiozităţi şi, eventual, pot fi valorificate în activităţi la circ, cu condiţia ca acele cazuri să fie supravegheate îndeaproape şi dirijate atent de către persoane binevoitoare, din anturajul apropiat. De altfel, aşa cum considera, la timpul său, cunoscutul neuro-fiziolog **I.M. Secenov**, „cazurile de hipermnezie nu sunt altceva decât manifestarea unor fenomene patologice" (după Rubinstein S.I. 1970).

1.3. Una dintre caracteristicile cele mai evidente ale proceselor mnezice la deficienţii de intelect, care se manifestă atunci când li se cere să recunoască şi să reproducă cele memorate, o reprezintă *fidelitatea redusă a memoriei*, fenomen aflat în strânsă legătură atât cu influenţabilitatea accentuată, caracteristică a acestor copii cu deficienţe, cât şi cu instabilitatea atenţiei lor. Fenomenul se manifestă prin inexactităţi în reproducere – ca urmare a uitării accelerate şi masive – dar şi ca urmare a unor interferenţe ce se produc între informaţii apropiate ca sens sau provenite din contexte asemănătoare.

De asemenea, diminuarea fidelităţii memoriei la şcolarii cu handicap de intelect poate fi determinată şi de unele greşeli comise în activitatea didactică: ritm prea rapid sau, dimpotrivă, încetinit în derularea exerciţiilor de învăţare, lipsă de echilibru în utilizarea

mijloacelor de lucru – verbale, intuitive şi practice – modul improvizat de a pune elevilor întrebări, acordarea unei atenţii insuficiente evaluării sistematice etc.

După cum se ştie, rezultatele oricărei activităţi de învăţare pot fi considerate pozitive numai dacă, la momentul oportun, cele învăţate pot fi scoase din depozitul mnezic, adică reactivate pentru a fi folosite în practică. De aceea în activităţile de învăţare – inclusiv în cele desfăşurate cu şcolarii care prezintă handicap de intelect – dascălul lor trebuie să-i ajute să înţeleagă conţinuturile, dar şi să le memoreze în condiţii de repetare sistematică, de exerciţii de transfer şi aplicare în practică etc.

De asemenea, este foarte important ca în activitatea de învăţare, pentru a consolida cunoştinţele şi pentru a preveni uitarea, la şcolarii cu handicap de intelect, să se organizeze un număr suficient de repetiţii. Trebuie avut, însă, în vedere că eficienţa memorării nu este direct proporţională cu numărul repetiţiilor efectuate. Ba mai mult, când repetiţiile sunt prea numeroase şi monotone, când ele se bazează pe aceleaşi exemple şi aceleaşi materiale intuitive, care au fost utilizate şi la lecţiile de predare, ele nu numai că nu vor aduce nimic pozitiv în plus, ci, dimpotrivă, vor contribui la consolidarea unor greşeli comise de elevi ca urmare a inerţiei lor specifice. O cale esenţială pentru a face ca repetiţiile organizate cu asemenea elevi să fie cât de cât eficiente, adică să consolideze informaţia şi să prevină, într-o anumită măsură, uitarea, constă în *asigurarea varietăţii exerciţiilor recapitulative*. Făcâd trimitere la cercetările efectuate de **H.S. Zamski** – asupra caracteristicilor memoriei la copiii cu deficienţă de intelect – **J.I Sif** (sub red. 1965, pag. 120) subliniază că „ pentru a consolida mai bine în memoria elevilor materialul de învăţat, ***este necesar să se diversifice condiţiile în care materialul respectiv este perceput şi memorat iar, în procesul repetării să se pună în faţa elevilor sarcini variate***”.

2. Atenţia

Reprezintă o formă superioară de activare psihofiziologică, prin care se asigură o desfăşurare optimă a proceselor psihice cognitive şi a oricărei activităţi teoretice sau practice, destinată atingerii unui scop. După cum se ştie din literatura de specialitate, dar şi din practică, atenţia îndeplineşte o serie de funcţii:

- de pregătire şi orientare selectivă a subiectului în vederea efectuării unei activităţi (mentale sau motorii);
- de detectare şi selectare a obiectului acţiunii;
- de fixare şi menţinere (în câmpul conştiinţei) a scopului, a mijloacelor şi a motivaţiei acţiunii;
- de înregistrare şi evaluare a rezultatelor acţiunii.

Dintre numeroasele definiţii existente în literatura de specialitate, am preferat-o pe cea reprodusă mai sus, deoarece ea evidenţiază caracterul complex al atenţiei, subliniază importanţa sa pentru eficienţa întregii activităţi psihice şi lasă să se întrevadă, clar, legătura intimă dintre funcţiile atenţiei şi cele ale proceselor mnezice cu care se potenţează reciproc. Pe fondul unei atenţii concentrate, se înmagazinează o cantitate mare de material informaţional, iar un bagaj mnezic mai bogat facilitează selectarea şi reproducerea cunoştinţelor necesare aplicării în practică.

2.1. Funcţiile atenţiei, enumerate mai sus, sunt prezente şi în cazul şcolarilor cu handicap de intelect, ele manifestând, însă, o serie de particularităţi, ce fac necesară luarea de măsuri, care să înlesnească mai buna lor realizare.

Aşa, de exemplu, funcţia de pregătire şi orientare pe care o joacă atenţia în activităţile de învăţare este puternic diminuată, îndeosebi la debutul şcolar al copiilor cu deficienţe de intelect, dar şi în primele clase, când aceşti elevi, ***datorită particularităţilor lor neurofiziologice, nu pot fi atenţi sau nu sunt deprinşi să facă acest lucru, fiind uşor distraşi de la activităţile de învăţare-memorare, în urma acţiunii perturbatoare a unor factori întâmplători***. De aceea, în faza de început a fiecărei activităţi de învăţare, este necesar ca elevii respectivi să fie ajutaţi să înţeleagă importanţa a ceea ce urmează să se efectueze, iar pe parcursul activităţii, ***atenţia lor trebuie mobilizată şi susţinută prin conţinuturi interesante şi accesibile, dar şi prin caracterul incitant al sarcinilor de rezolvat***.

De asemenea, pe termen lung, şcolarii cu handicap de intelect trebuie antrenaţi la exerciţii specifice, de preferinţă cu caracter ludic, pentru ca astfel să fie stimulată capacitatea lor de a fi atenţi, iniţial involuntar, prin trezirea curiozităţii şi a interesului, apoi în mod voluntar.

Evident că, ***pentru a înlesni această funcţie la şcolarii cu handicap de intelect este necesar ca materialul intuitiv folosit la lecţii să fie prezentat într-un context cât mai simplu şi însoţit de o explicaţie verbală accesibilă***.

În ceea ce priveşte funcţia atenţiei de a fixa şi de a menţine în câmpul conştiinţei scopul mijloacele şi motivaţia acţiunii – deci şi ale oricărei activităţi de învăţare la care participă şcolarii cu handicap de intelect – este important să avem în vedere faptul că ***atenţia acestor şcolari se caracterizează, fie prin insuficientă concentrare şi stabilitate, fie, dimpotrivă, prin fixare rigidă pe anumite aspecte***, ceea ce reprezintă o consecinţă şi o manifestare a inerţiei oligofrenice specifice.

Pentru prevenirea instabilităţii atenţiei este necesară înlăturarea din timp a posibilităţii de apariţie a unor factori perturbatori, iar pentru prevenirea manifestărilor de inerţie se poate dovedi utilă o anumită varietate (fără a abuza, însă) în ceea ce priveşte conţinuturile activităţii de învăţare şi a exerciţiilor de consolidare, precum şi a materialelor demonstrative.

În sfârşit, trebuie avut în vedere aportul atenţiei, alături de gândire, la realizarea funcţiei de control, precum şi a funcţiei de înregistrare şi evaluare a rezultatelor activităţii de învăţare, acest aport, la şcolarii cu handicap de intelect, fiind adesea limitat, datorită lipsei lor de rezistenţă în faţa solicitărilor intense, dar şi datorită unor manifestări ale „vâscozităţii genetice" constând în „fuga" instinctivă de efort, în absenţa trebuinţei de feed-back sau în alte caracteristici de acest gen.

Ţinând cont de particularităţile menţionate ale şcolarilor cu handicap de intelect, ***este necesar ca atenţia lor să fie întreţinută şi revigorată pe tot parcursul desfăşurării activităţilor de învăţare, inclusiv în partea finală a fiecărei activităţi***, unde se trag concluziile, iar funcţia de control şi evaluare se situează în prim plan.

2.2. După cum se ştie, în ceea ce priveşte natura reglajului, atenţia poate fi *involuntară* (adică spontană) şi *voluntară* (adică intenţionată), deci reglată conştient. De asemenea, există şi o atenţie *postvoluntară*, sau, cu alte cuvinte, *deprinderea de a fi atent*.

Atenţia involuntară este cea care se naşte spontan, sub influenţa pe care o exercită asupra persoanei în cauză – de exemplu, asupra unui elev care participă la o activitate şcolară – următoarele categorii de factori (după Popescu Neveanu P. şi colab, 1997, pag. 186):

a. factori externi:
- noutatea, caracterul neobişnuit, neaşteptat, al stimulilor;
- intensitatea cu care aceştia acţionează asupra organelor de simţ;
- dinamismul cu care ei acţionează şi mobilitatea lor;
- complexitatea stimulilor.

b. factori interni:
- interesul pe care îl trezesc stimulii la persoana (elevul) în cauză,
- trăirea afectivă, caracterul relaţiei dintre persoana (elevul) în cauză şi categoria dată de stimuli.

La şcolarul cu handicap de intelect, ***atenţia involuntară este cea care poate fi captată şi menţinută cu o oarecare uşurinţă***. Această afirmaţie este valabilă, însă, numai prin raportare la dificultăţile mult mai mari pe care şcolarul respectiv le întâmpină atunci când i se cere sau atunci când, prin specificul activităţii pe care o desfăşoară, este nevoit să se concentreze printr-un efort voluntar. Sub aspectul efortului depus, atenţia involuntară este – aşa cum am mai menţionat acest lucru în paginile anterioare – mai puţin solicitantă şi, deci, mai puţin obositoare pentru elevi. De aceea, în activitatea pe care o desfăşoară şcolarii cu handicap de intelect – mai ales la nivelul claselor mici şi-ndeosebi la formele etiologice pentru care este specificată instalarea accelerată a oboselii – este de preferat mobilizarea atenţiei involuntare, în acest scop asigurând la lecţii, la activităţile de grup restrâns sau individuale (desfăşurate în cabinete de terapie specifică şi recuperare), prezenţa unor factori facilitatori amintiţi mai sus cum sunt: noutatea informaţiei transmise, operaţionalitatea şi dinamismul procedeelor folosite, caracterul interesant al conţinuturilor, intensitatea (medie) cu care acţionează stimulii – de exemplu, sub aspectul complexităţii, al dimensiunilor, al coloritului materialului intuitiv utilizat – afectivizarea echilibrată a contextelor, a exemplelor, orientarea ludică etc.

Atenţia voluntară este cea care se obţine prin reglaj conştient, deci prin participarea gândirii prin autodirijare şi verbalizare, inclusiv la nivelul limbajului intern. După autorii citaţi mai sus, este şi ea favorizată de prezenţa unor condiţii anume, acestea fiind:

- înţelegerea sensului activităţii desfăşurate;
- claritatea scopurilor urmărite;
- conştientizarea, planificarea mentală a etapelor de parcurs şi identificarea momentelor de dificultate;
- organizarea ambianţei de desfăşurare: spaţiu optim de lucru, condiţii de iluminat, de aerisire;
- eliminarea (diminuarea) factorilor perturbatori, evitarea zgomotelor, a convorbirilor colaterale, a tentaţiilor exterioare activităţii centrale etc.

Atâta timp cât, în activităţile de învăţare, atenţia voluntară poate fi menţinută, ea asigură o eficienţă sporită, comparativ cu eficienţa asigurată (în acelaşi tip de activitate) de către atenţia involuntară. Atenţia voluntară are, însă, şi un dezavantaj, mai ales la şcolarii cu handicap de intelect, acela (amintit de altfel şi într-o secvenţă anterioară) că, în

prezenţa sa, oboseala apare mai repede, iar capacitatea de concentrare scade. Prin urmare, ***atenţia voluntară este superioară prin eficienţa pe care o asigură activităţii psihice, îndeosebi activităţii cognitive, dar prezintă dezavantajul unei distrageri mai rapide, indeosebi în cazul şcolarilor cu sistem nervos fragil şi fatigabilitate crescută, aşa cum sunt şcolarii cu handicap de intelect***. Drept consecinţă, mai ales în activitatea cu aceşti şcolari, prioritatea trebuie acordată condiţiilor care înlesnesc atenţia spontană, involuntară, pentru ca – odată cu evoluţia pozitivă a capacităţii de reglaj verbal – să se încerce, totuşi, şi utilizarea mai frecventă şi mai extinsă a procedeelor de memorare intenţionată, voluntară.

2.3. După cum am menţionat deja, în literatura de specialitate se vorbeşte şi de **atenţia postvoluntară**, adică despre deprinderea de a fi atent, formată prin exersare îndelungată. Dar, în timp ce unii dintre psihologii citaţi pun accent pe importanţa acestei exersări, subliniind că, prin obişnuinţa de a fi atent se diminuează efortul depus şi se evită instalarea prematură a oboselii, alţii subliniază, importanţa satisfacţiei pe care o simte persoana în cauză, ca urmare a executării cu mai multă uşurinţă şi eficienţă a unor activităţi care, anterior, necesitau un efort deosebit pentru realizarea concentrării atenţiei.

La şcolarii cu handicap de intelect, exersarea deprinderii de a fi atent, mai ales în timpul unor activităţi practice, manuale, implicate, iniţial, în contexte ludice, iar apoi, treptat, şi în situaţii obişnuite de viaţă, dobândeşte o deosebită valoare compensatorie şi adaptativă.

Psihologia şcolară evidenţiază o serie de factori apţi să favorizeze concentrarea şi stabilitatea atenţiei în activităţile de învăţare, aceşti factori fiind:

- importanţa pentru cel în cauză a activităţii desfăşurate;
- interesul acestuia pentru activitatea respectivă;
- gradul de structurare a activităţii;
- capacitatea de rezistenţă la factori perturbatori.

În ceea ce priveşte *stabilitatea* atenţiei, ea se referă la intervalul de timp, mai mare sau mai mic, în care atenţia rămâne concentrată, fapt ce depinde atât de caracteristicile persoanei antrenate în activitate, cât şi de natura activităţii sau a obiectului pentru care se solicită atenţia.

Intervalul de timp în care, pe fondul unor condiţii optime, atenţia rămâne stabilă, variază puternic în raport cu vârsta, cu preocupările dominante, cu exerciţiul şi, desigur, cu particularităţile activităţii nervoase superioare a fiecărui individ. Astfel, la vârsta preşcolară – dar şi la clasele de debut, în cazul şcolarilor cu handicap de intelect – stabilitatea optimă a atenţiei nu depăşeşte 15 minute pentru ca la adulţii normali, mai ales în activităţile obişnuite de muncă, să ajungă la 40-50 de minute şi chiar mai mult.

În strânsă legătură cu concentrarea şi stabilitatea atenţiei, sunt şi alte două însuşiri importante pentru eficienţa activităţilor de învăţare: *distributivitatea* şi *mobilitatea* sau flexibilitatea atenţiei.

Distributivitatea atenţiei este acea calitate care permite unei persoane să efectueze, concomitent, câteva activităţi, eventual legate între ele şi beneficiind de un anumit grad de automatizare. La rândul său, flexibilitatea este acea capacitate care permite reorientarea atenţiei în timp util, de la o activitate la alta, de la un obiect la altul. Munca zilnică a şcolarilor – inclusiv a celor cu handicap de intelect – abundă în activităţi complexe care necesită o atenţie distributivă şi flexibilă. De exemplu, o „banală”

compunere după un tablou presupune efectuarea aproape simultan a cel puţin trei operaţii: perceperea tabloului, delimitarea componentelor principale şi schiţarea rapidă, în minte, a unui succint plan de expunere. De asemenea, o problemă scrisă pe tablă, pentru a fi copiată în caiete şi rezolvată de elevi pesupune transcrierea textului concomitent cu analiza conţinutului, delimitarea necunoscutei care trebuie aflată şi schiţarea planului de rezolvare etc.

Dacă şcolarii fără deficienţe se deprind rapid în a se orienta şi rezolva, prin muncă independentă, activităţi şi probleme complexe, care presupun comutarea operativă a atenţiei de pe o componentă a activităţilor respective pe celelalte, la şcolarul cu handicap de intelect acest lucru este deosebit de dificil, adesea imposibil (la clasele mici şi la formele mai accentuate de handicap) datorită uneia din trăsăturile sale fundamentale: rigiditatea reacţiilor, rezultată din inerţia proceselor nervoase. În asemenea situaţii, soluţia pe termen scurt constă în desfăşurarea dirijată, pe secvenţe operaţionale, a procesului de rezolvare, în comutarea succesivă a atenţiei de pe o componentă pe alta, iar, pe termen lung, în exersarea îndelungată a unor scheme algoritmice de rezolvare.

În fine, o altă caracteristică a unei atenţii eficiente o reprezintă capacitatea sa de cuprindere, cu alte cuvinte, *volumul său*, cantitatea de elemente asupra cărora se poate orienta şi concentra în aceeaşi secvenţă de timp.

După cum se ştie din manualele de psihologie generală sau din cele de psihologie şcolară, volumul mediu al atenţiei, se situează la şcolarii cu intelect normal dezvoltat, în jurul a 5-7 elemente asupra cărora ei se pot concentra optim, aceasta depinzând, desigur, atât de vârsta, cât şi de nivelul de şcolarizare. La şcolarul cu handicap de intelect, volumul atenţiei este, desigur, mai redus. La ambele categorii de şcolari, acest volum poate fi, însă, influenţat pozitiv, adică poate fi uşor mărit prin exerciţiu, dar şi prin asigurarea câtorva condiţii facilitatoare, binecunoscute din literatura psihopedagogică:

- *organizarea în structuri cu sens a elementelor componente*; de exemplu, un grup de litere se recepţionează într-un număr mai mare atunci când sunt incluse în componenţa unui cuvânt cu sens, decât aceleaşi litere prezentate disparat;
- *caracterul mai mult sau mai puţin complex al fiecăruia dintre elementele asupra cărora se concentrează atenţia*, pentru a fi recepţionate; astfel, structurile simple sunt cel mai uşor cuprinse în centrul atenţiei;
- *interesul deosebit pentru categoria dată de elemente, ce trebuie urmărite,* măreşte capacitatea subiectului în cauză de a cuprinde, în câmpul atenţiei sale, un număr mai mare de elemente;
- *antrenamentul special şi experienţa* pot creşte şi menţine volumul atenţiei.

Rămânând valabile şi în cazul şcolarilor cu handicap de intelect, condiţiile enumerate determină, totuşi, o creştere mai puţin însemnată a volumului atenţiei la această categorie de şcolari. De aceea, timpul pentru exersarea capacităţilor de cuprindere a atenţiei trebuie prelungit, iar numărul şi varietatea exerciţiilor trebuie crescute. Este, totodată, importantă corelarea exerciţiilor de creştere a volumului atenţiei cu exerciţiile de stimulare a capacităţii mnezice, a bagajului de reprezentări şi a vocabularului. Această

ultimă afirmaţie reprezintă şi ***un argument în plus în sprijinul integrării exerciţiilor de stimulare a oricărei operaţii sau funcţii psihice în sistemul unei terapii complexe.***

D. Particularităţi ale comunicării prin limbaj verbal la copiii şi adolescenţii cu deficienţe de intelect

Propriu copiilor şi adolescenţilor cu deficienţe de intelect este şi ***caracterul polimodal al deficienţelor de vorbire, al tulburărilor de limbaj, precum şi asocierea acestora cu alte defecte şi tulburări,*** îndeosebi cu insuficienţele palierului cognitiv, amintite mai sus, dar şi cu variate tulburări ale psihomotricităţii, ale palierului motivaţional-afectiv-volitiv etc. Stimularea limbajului şi corectarea tulburărilor de vorbire la copiii şi adolescenţii cu deficienţe de intelect, cuprinşi în şcoli speciale (cazuri mai accentuate) sau în forme integrate învăţământului obişnuit (cazurile mai uşoare) constituie un obiectiv major al întregului personal didactic şi educativ din instituţiile în care şcolarii respectivi sunt cuprinşi.

1. ***Obiectivul activităţilor de corectare a vorbirii şi de stimulare a dezvoltării limbajului la şcolarii cu handicap de intelect constă în a contribui la pregătirea lor pentru integrarea eficientă în procesul comunicării verbale, al învăţării şi al integrării sociale,*** sub diferitele sale aspecte, inclusiv sub aspectul integrării în activităţi practice accesibile fiecăruia.

Terapia limbajului vizează, în mod deosebit, stimularea funcţiei semiotice/de semnificare, deosebit de afectată la şcolarii cu handicap de intelect, funcţie implicată nu numai în limbaj, ci şi în diferite procese cognitive, de exemplu în reprezentare, în gândire şi imaginaţie, precum şi în procesele mnezice de: întipărire, stocare, actualizare şi aplicare. În acest context, ***corectarea eficientă a tulburărilor de limbaj, stimularea şi dezvoltarea comunicării la şcolarii cu handicap de intelect reprezintă o condiţie importantă pentru reuşita în depăşirea dificultăţilor de învăţare cu caracter global pe care ei o întâmpină.***

2. **Etiologia tulburărilor de limbaj** la copiii cu deficienţă de intelect – asemănătoare, în principiu, cu etiologia aceloraşi tulburări, mai puţin grave însă, la copiii fără asemenea deficienţe – prezintă totuşi şi unele diferenţe importante, de exemplu: atât la copiii cu deficienţe de intelect, precum şi la cei fără asemenea deficienţe, factorii etiologici ai tulburărilor de limbaj, constând în traumatisme cerebrale, infecţii, intoxicaţii etc., pot acţiona prenatal, perinatal şi postnatal, adică în toate cele trei perioade în care factorii respectivi acţionează şi în cazul copiilor fără deficienţe de intelect, deosebirea constând, însă, în intensitatea acţiunii lor şi, adesea, în caracterul cumulat al factorilor etiologici, care determină deficienţa propriu-zisă de intelect, dar şi dificultăţile majore întâmpinate în procesul comunicării. În aceste condiţii, ***terapia tulburărilor de limbaj, stimularea eficientă a capacităţii de comunicare la şcolarii cu handicap de intelect, reprezintă o componentă importantă a întregului proces de terapie complexă, în care este cuprinsă această categorie de şcolari.***

Una dintre cele mai cunoscute caracteristici ale copiilor cu deficienţe de intelect o reprezintă întârzierea în dezvoltare, inclusiv în dezvoltarea limbajului.Drept consecinţă, fenomenul întârzierilor şi/sau al nedezvoltării unor laturi ale limbajului este menţionat în orice descriere a deficienţei de intelect, cum sunt de pildă definiţiile elaborate de **A. Binet şi Th. Simon** (1908) sau de **B. Inhelder** (1963). Fenomenul la care ne referim este evidenţiat, de asemenea, şi în lucrări mai recente.

De exemplu, investigând un grup de şcolari cu handicap de intelect – a căror vârstă reală era cuprinsă între 9 şi 10 ani, iar coeficientul intelectual între 60 şi 75, deci având deficienţă mintală uşoară (adică debilitate mintală) – şi aplicându-le o serie de teste de evaluare a limbajului (după A. Descoeudres, R. Zazzo ş.a) **Doru V. Popovici** (2000, pag. 282) constată chiar că „nu există absolut niciun elev debil mintal din lotul analizat, care să nu prezinte întârzieri semnificative în dezvoltarea limbajului, faţă de vârsta cronologică".

Insistenţa cercetătorilor pe fenomenul întârzierii în dezvoltarea vorbirii şi pe prezenţa tulburărilor de limbaj la şcolarii cu handicap de intelect îşi găseşte explicaţia în legătura evidentă ce există între limbaj, ca mijloc de comunicare, uşor accesibil observaţiei nemijlocite, şi alte funcţii sau procese psihice, în primul rând, procesele gândirii ale căror calităţi dar şi trăsături negative le pune în evidenţă.

Asupra acestor aspecte ne-am concentrat atenţia, mai ales, în alte lucrări (Radu Gh. şi colab., 1976, 1979, 2000) şi nu vom reveni aici cu o expunere amănunţită. Vom insista, însă, asupra defectelor de vorbire şi a tulburărilor de limbaj, având o frecvenţă ridicată la şcolarii cu handicap de intelect. Ne vom argumenta expunerea, atât prin trimiteri la surse bibliografice, cât şi făcând referiri la date proprii de cercetare.

3. Diminuarea rolului reglator al limbajului asupra activităţilor practice în handicapul de intelect

3.1. După cum am menţionat deja mai sus, limbajul verbal reprezintă principalul domeniu în care se manifestă funcţia de simbolizare sau, aşa cum o numeşte **J. Piaget** (1973, pag. 45), ***funcţia semiotică***. Această funcţie constă în „posibilitatea de a reprezenta un lucru (un semnificat oarecare: obiect, eveniment, schemă corporală etc.) cu ajutorul unui semnificant diferenţiat".

Funcţia semiotică, al cărei debut în ontogeneză este situat, de către J. Piaget, alături de cel al inteligenţei reprezentative, în perioada de vârstă cuprinsă între 18-24 luni, dar care continuă să se dezvolte pe tot parcursul procesului de maturizare intelectuală şi să se manifeste de-a lungul întregii vieţi conştiente – reprezintă o capacitate complexă care antrenează, într-o măsură mai mare sau mai mică principalele componente ale psihicului uman. Numărându-se, deci, printre funcţiile specific umane, care au o apariţie relativ târzie în filogeneză şi se caracterizează prin fragilitate în faţa acţiunii factorilor patogeni, funcţia semiotică se prezintă la copiii cu deficienţă de intelect într-o stare accentuată de nedezvoltare. După **C. Păunescu şi I. Muşu** (1997, pag. 261), manifestarea tulburărilor semiotice, chiar şi la nivelul limbajului nonverbal al acestor copii, reprezintă „unul dintre cele mai serioase handicapuri ale procesului informaţional dar, mai ales, funcţional, de comunicare cu mediul înconjurător".

Comportamentul şcolarului cu handicap de intelect într-o situaţie semiotică dată, deci şi în activitatea de învăţare şcolară, este influenţat de particularităţile dezvoltării sale.

Aşa cum se ştie, copilul cu deficienţă de intelect este un inegal cu sine însuşi, atât în privinţa ritmului dezvoltării diferitelor componente ale psihicului său (heterocronia patologică a dezvoltării), cât şi în ceea ce priveşte modul de alternare a etapelor de progres cu momente de stagnare într-un sector sau altul al personalităţii sau chiar cu perioade de regres. Drept consecinţă, reacţiile copilului cu deficienţă de intelect la una şi aceeaşi situaţie de contact activ cu mediul înconjurător, de comunicare în procesul unei activităţi dirijate – cum este activitatea didactică – sunt adesea diferite, nu numai de la un individ la altul, ci şi la acelaşi individ în diferite momente sau etape ale evoluţiei sale.

Asemenea caracteristici ale şcolarilor cu handicap de intelect se manifestă îndeosebi atunci când, în procesul activităţii desfăşurate, solicitările la care sunt supuşi le depăşesc posibilităţile de răspuns, datorită nivelului rudimentar la care se desfăşoară operaţiile mintale, precum şi datorită instabilităţii şi infantilismului în reacţii şi comportamente. Ca un aspect deosebit al acestui fenomen, **Emil Verza** (1973) evidenţiază fragilitatea şi labilitatea comportamentului verbal al copiilor cu deficienţe de intelect, adică marile dificultăţi în a exprima logico-gramatical conţinutul situaţiilor în care se află şi în a-şi adapta conduita verbală la modificările ce apar în mediul înconjurător.

3.2 Este binecunoscut faptul că, în activitatea de învăţare, o importanţă deosebită dobândeşte calitatea mesajului verbal, pe care îl transmite cadrul didactic elevilor săi, adaptându-l nivelului de înţelegere al acestora. Înţelegerea mesajului verbal implică, pe de o parte, aspectul gramatical al vorbirii iar, pe de altă parte, aspectul de sens, deci conţinutul acesteia. La copilul fără deficienţe, în perioada de dezvoltare a limbajului, între aceste două aspecte poate să existe o oarecare disociere. Odată, însă, cu maturizarea psihică, ele se prezintă din în ce mai unitar. Cercetările comparative desfăşurate pe copii normali şi pe copii cu deficienţe de diferite categorii (Lubovski, 1978) demonstrează că, în ceea ce-i priveşte pe cei cu deficienţe de intelect, disocierea respectivă se menţine timp îndelungat. Aşa se explică faptul că unii şcolari cu handicap de intelect, chiar de la clasele mari, nu înţeleg întotdeauna sensul anumitor cuvinte, expresii sau fraze, deşi, sub aspectul reproducerii mecanice a acestora, ei pot să nu întâmpine dificultăţi deosebite. Există, însă, şi situaţii inverse, când anumiţi şcolari cu handicap de intelect nu reuşesc să exprime în cuvinte ceea ce îşi reprezintă şi ştiu să execute destul de corect. De aici rezultă necesitatea ca, în activitatea cu aceşti şcolari, verificarea cunoştinţelor să nu se facă niciodată exclusiv verbal sau exclusiv prin rezolvarea unor sarcini (exerciţii) practice, ci folosind mijloace variate de îmbinare a diferitelor modalităţi şi procedee de lucru.

3.3 Din literatura psihologică generală, este cunoscut faptul că activitatea verbală, deci limbajul, ca expresie a capacităţii semiotice, îndeplineşte mai multe funcţii:

- de substituire, semnalizare şi exprimare;
- de comunicare activă cu cei din jur;
- de incitare la acţiune;
- de reglare (programare desfăşurată) a acţiunii;
- de generalizare a propriei experienţe, dobândite în acţiune;
- de verbalizare – conştientizare a acţiunii;
- de analiză şi evaluare a rezultatelor acţiunii etc.

Toate aceste funcţii corespund anumitor legături reciproce între activitatea verbală (de limbaj) şi activitatea practică. În stare de normalitate, dintre aceste două tipuri de manifestare a persoanei active, există raporturi de echilibru, de intercondiţionare şi chiar de reglare reciprocă. La copiii şi adolescenţii cu deficienţă de intelect, aceste raporturi sunt afectate, limbajul pierzându-şi în mare măsură rolul reglator pe care în mod obişnuit (adică la cei cu intelect normal) îl exercită asupra activităţii practice.

Aşa, de exemplu, în timpul activităţii obişnuite la clasă şi, cu atât mai mult, în activităţile practice de atelier, pe lotul şcolar sau în activităţile de autoservire şi gospodăreşti, se constată că, primind o sarcină – mai ales când aceasta este formulată doar verbal – şcolarii cu handicap de intelect nu reuşesc să se concentreze suficient pe conţinutul sarcinii şi să caute soluţiile adecvate. Ei „alunecă” uşor spre modele facile de rezolvare, însuşite anterior, dar care nu se mai potrivesc situaţiei concrete din momentul dat. Fiind o manifestare a „vâscozităţii” lor mintale, acest fenomen se etalează cu atât mai evident cu cât sarcina este mai complexă şi presupune, în rezolvarea sa, două sau mai multe momente corelate între ele.

Se ştie că rezolvarea unei situaţii – problemă, necesitând două sau mai multe operaţii, reprezintă, pentru şcolarii cu deficienţe de intelect, o sarcină dificilă, datorită faptului că ei nu reuşesc să-şi coordoneze singuri, la nivelul limbajului interior – slab dezvoltat şi lipsit de dinamism – activităţile de rezolvare. De asemenea, după **V.I. Lubovski** (1978), în cazul acestor şcolari, lipsită de eficienţă este şi o eventuală solicitare ce li se adresează, de a verbaliza cu voce tare (sau în gând, adică la nivelul limbajului interior), cu alte cuvinte, de a-şi autocomanda desfăşurarea, în succesiunea necesară, a etapelor de rezolvare a sarcinii urmărite. Ba mai mult, un asemenea demers poate duce la accentuarea dereglării activităţilor practice, la pierderea capacităţii de desfăşurare corectă a acestor activităţi, chiar dacă ele au fost, eventual, exersate anterior şi deprinse (intr-o anumită măsură).

4. Frecvenţa tulburărilor de limbaj la şcolarii cu handicap de intelect

4.1 Literatura psihopedagogică ne oferă numeroase date cu privire la frecvenţa tulburărilor de limbaj la copiii cu deficienţe de intelect, atât în general, cât şi pe categorii de tulburări. Astfel, **B. Zörgö** şi **E. Neagu – Boşcaiu** (1964) arătau, citându-l pe **M. Seeman**, că tulburările de vorbire evidente se situează, la aceşti copii, între 40% şi 50% din cazuri, iar **J.I. Şif** (1965) menţiona un procent mediu de 62%, subliniind însă că, în cazurile mai grave – de exemplu, la copiii cu maladia Down – proporţia defectelor de vorbire se poate ridica până la 95%, în timp ce, în cazul copiilor cu deficienţă de intelect uşoară, proporţia este mai mică.

În ceea ce ne priveşte, analizând într-un studiu comun (E. Verza şi Gh. Radu, 1988) rezultatele obţinute cu ocazia unor investigaţii desfăşurate în anul şcolar 1986-1987 în două şcoli speciale din capitală, am constatat că, dintr-un total de 518 elevi cuprinşi în cercetare, 295 – adică aproape 57%, din numărul total – prezentau evidente tulburări de

vorbire şi scriere, fapt pentru care erau incluşi în activitatea organizată a cabinetelor specializate de terapie a limbajului.[6]

Referindu-ne la situaţia analitică pe clase, proporţia celor cuprinşi în activitatea de corectare a vorbirii la cabinet era diferită, înregistrându-se o scădere treptată, de la 71%, în clasa a doua, la 44,6%, în clasa a şasea. Desigur, poate trezi nedumerire proporţia ridicată (aproape jumătate din efectiv) a elevilor din clasele a VI-a, care mai frecventau încă – intr-o etapă relativ târzie de şcolarizare – cabinetul de corectare a defectelor de vorbire. Faptul îşi găseşte insă, explicaţia în următoarele împrejurări:

- unii elevi de la clasele mai mari, adică din clasele a V-a şi a VI-a ale şcolii speciale, ajuşi la vârsta pubertăţii, când, după cum se ştie, se înregistrează frecvente fenomene decompensatorii, erau din nou aduşi la cabinetele de corectare (după unul sau doi ani de întrerupere), îndeosebi datorită accentuării tulburărilor dislexo-disgrafice;
- o parte destul de importantă, mai ales dintre copiii cu deficienţe uşoare de intelect – conform estimărilor noastre circa 20% - 25% din elevii claselor investigate – au fost orientaţi către şcoala specială abia după absolvirea claselor primare în şcoala obişnuită. Odată cu venirea în şcoala specială, aceşti copii au fost, desigur, orientaţi şi spre cabinetele de corectare a defectelor de vorbire, datorită prezenţei tulburărilor de limbaj, îndeosebi a unor accentuate dislexii şi disgrafii, dobândite în anii în care au urmat cursurile şcolii de masă.

4.2. Datele analitice, pe care le-am obţinut în cercetarea la care ne referim, demonstrează că, printre cele mai frecvente tulburări de limbaj la elevii şcolilor speciale investigate, se numărau *tulburările de pronunţie* – dislaliile simple şi cele polimorfe (între acestea din urmă incluzând şi cele câteva cazuri de copii cu fenomene disartrice din lotul investigat).

Se înţelege de la sine că ponderea defectelor de pronunţie s-a dovedit a fi mai mare la elevii cu handicap de intelect din clasele de început ale şcolii speciale, în lotul investigat de noi ponderea fiind cuprinsă între 57,2%, la clasa I, şi 16,1%, la clasa a VI-a. Am constatat, însă, că ritmul diminuării ponderii dislaliilor simple pare a fi mai lent decât în cazul dislaliilor polimorfe, proporţia acestora din urmă continuând să fie mai scăzută şi la nivelul clasei a VI-a, comparativ cu proporţia dislaliilor simple care predomină pe tot parcursul şcolarizării copiilor respectivi. Cauza acestui fenomen, aparent paradoxal, o găsim în faptul că o parte dintre dislaliile, care la clasele mari figurau ca simple erau, în realitate, foste dislalii polimorfe corectate parţial, din care s-a păstrat, însă, doar unul, eventual câteva elemente dislalice, apropiate, deosebit de rezistente la acţiunea de corectare. Asociindu-se, de regulă, cu tulburări ale limbajului scris, şi uneori cu tulburări de ritm, aceste dislalii simple, la elevii claselor mari, reprezintă, de fapt, părţi componente

[6] În anul şcolar 1986-1987, când au avut loc investgaţiile la care ne referim, terapia limbajului la şcolarii cu handicap de intelect, era organizată doar la nivelul claselor I-VI din şcolile speciale (numite pe atunci „ajutătoare") şi se desfăşura în aşa numitele „cabinete de corectare a defectelor de vorbire" (prescurtat: „cabinete C.D.V.")

ale unor logopatii polimorfe, care necesită nu numai continuarea activităţilor de terapie logopedică, ci şi integrarea lor mai temeinică într-un sistem de terapie complexă.

Principalele cauze ale frecvenţei ridicate a tulburărilor de pronunţie la şcolarii cu handicap de intelect, le găsim în capacitatea scăzută a auzului lor fonematic, fenomen care afectează procesul de percepere şi reproducere corectă a modelelor verbale, pe care ei le primesc de la cei din jur. Uneori, este implicată şi etiologia centrală a tulburărilor de pronunţie. Dar, independent de etiologie, corectarea acestor tulburări la copiii cu deficienţă de intelect se desfăşoară cu mai numeroase dificultăţi decât la copilul logopat, normal dezvoltat din punct de vedere intelectual, necesitând un timp mai îndelungat pentru consolidarea deprinderilor corecte de pronunţie.

În consecinţa celor arătate, o atenţie deosebită trebuie să se acorde, în procesul de terapie a limbajului la deficienţii de intelect, stimulării auzului fonematic, antrenării aparatului fonoarticulator, exersării pe material verbal a capacităţii de analiză şi sinteză, adaptării metodelor de lucru la specificul operaţiilor şi al proceselor mintale etc. De exemplu, în activitatea de corectare a tulburărilor de pronunţie la şcolarii cu handicap de intelect de vârstă şcolară mică, este utilă şi necesară adaptarea, la specificul activităţilor de terapia limbajului, a unor procedee împrumutate din bagajul metodologic al predării-învăţării, citit-scrisului, adică a unor procedee proprii metodei fonetice analitico-sintetice de predare-învăţare a abecedarului. Desigur, însă, că în cazul copiilor cu deficienţe de intelect mai accentuate, aflaţi în clasele de debut, iar din punct de vedere al dezvoltării inteligenţei situându-se încă în etapa preoperatorie a acestei dezvoltării şi prezentând elemente evidente de sincretism în percepţie şi gândire, pot fi preluate şi adaptate procedee specifice metodelor globale aşa cum au fost cele imaginate de către **O. Decroly**. De exemplu, preluând asemenea procedee şi aplicându-le la un grup de copii cu deficienţe severe din clasa I a şcolii speciale (ajutătoare) în anul 1974/1975 în colaborare cu **Florica Nicolescu** am obţinut rezultate încurajatoare în ceea ce priveşte citirea prin recunoaştere globală a unor cuvinte uzuale şi chiar a unor texte simple din abecedar[7]

4.3. O altă insuficienţă a limbajului, cu o frecvenţă mare la elevii investigaţi, o reprezintă *întârzierea în formarea, dezvoltarea şi activizarea vocabularului,* fapt care constituie consecinţa nemijlocită a unora dintre particularităţile procesului cognitiv al acestor elevi, pe care le-am descris în capitolul precedent, adică slaba dezvoltare a interesului cognitiv şi a spiritului de observaţie, experienţa săracă cu obiectele şi fenomenele lumii înconjurătoare, slaba dezvoltare şi caracterul insuficient operaţional al reprezentărilor şi al bagajului noţional etc. Pe fondul acestor particularităţi ale cogniţiei, *vocabularul deficienţilor de intelect este sărac, lacunar şi cu forme predominant pasive.*

În cazul elevilor investigaţi de noi, proporţia fenomenelor respective a oscilat între 64,5%, la clasa a II-a şi 18,7%, la clasa a VI-a cuprinse în cercetarea amintită anterior. ***Rezultă că obiectivul principal al terapiei limbajului, în ceea ce priveşte vocabularul şcolarilor cu handicap de intelect, constă în îmbogăţirea constantă şi în activizarea sa permanentă*** în strânsă corelaţie cu măsurile de îmbogăţire şi precizare a

---

[7] Modul de desfăşurare a investigaţiei menţionate şi rezultatele obţinute au fost analizate în articolul: Nicolescu Fl., Radu Gh. (1975) „Aspecte psihologice ale însuşirii lecturii (citirii) de către elevii debili mintal", publicat în: *Revista de Pedagogie*, nr. 3, pp. 30-34.

bagajului de reprezentări şi noţiuni. În situaţii contrare, dezvoltarea bagajului noţional la şcolarii respectivi se desfăşoară lent, iar vocabularul rămâne lacunar, pasiv şi confuz, ceea ce – după cum subliniază, pe baza unor cercetări proprii, **Doru V. Popovici** (2000, pag. 295) – împiedică desfăşurarea unui proces de învăţământ de calitate.

4.4. După **Emil Verza** (1988), există o serie de manifestări comune ale elevilor cu handicap de intelect comparativ cu manifestările similare ale copilului cu intelect normal, în ceea ce priveşte *fenomenele dislexo-disgrafice*. Unele dintre aceste manifestări le întâlnim, însă, prioritar la deficienţii de intelect, astfel fiind:

- înlocuirile şi substituirile de foneme şi grafeme, după principiul asemănărilor vizuale sau auditive, al poziţiei în spaţiu, al simetriei pe verticală sau pe orizontală;
- omisiuni de grafeme şi litere, mai cu seamă din sistemul vocalic, în combinaţiile de diftongi sau triftongi;
- adăugiri, cu o frecvenţă mai mare pentru unele vocale (ă,â);
- inversări de grafeme în interiorul cuvântului;
- deformări de cuvinte, îndeosebi ale celor mai puţin cunoscute sau cu un caracter abstract;
- contopiri sau fuziuni de cuvinte;
- repetări de cuvinte, ca urmare a inerţiei şi perseverărilor în gândire, specifice structurilor mintale deficitare.

După acelaşi autor, şcolarii cu handicap de intelect care prezintă tulburări disgrafice, manifestă şi o alterare în ceea ce priveşte estetica grafismului: o scriere foarte mică, ascuţită şi înghesuită, greu de descifrat; alteori, elementele grafice sunt exagerat de mari şi inegale, iar şirurile scrise nu respectă liniatura din caiet. Specifică este şi diminuarea dimensiunilor spre sfârşitul propoziţiei sau al frazei. Scrisul elevilor cu tulburări disgrafice din şcolile speciale este, deci, inegal, dezordonat, împrăştiat, elementele grafice fiind micro- sau macrodimensionate, adică un scris urât şi greu de citit.

În lotul de elevi cu handicap de intelect investigaţi, ponderea tulburărilor limbajului scris s-a situat, în medie, pe locul al treilea (după tulburările de vocabular şi cele de pronunţie), oscilând între 46,4%, la clasa a IV-a şi 34,8%, la clasa a VI-a. După cum se vede, însă, rata de scădere a tulburărilor limbajului scris este redusă spre clasele mari, unde această categorie de tulburări trece, practic, pe primul loc. De asemenea, trebuie spus că tulburările limbajului scris se asociază celor de pronunţie, pe care, uneori, continuă să le reflecte, chiar şi după înlăturarea acestora din limbajul oral. În fine, mai trebuie menţionat şi faptul că tulburările limbajului scris, dar şi cele ale vorbirii orale la şcolarii cu handicap de intelect se asociază şi cu mari dificultăţi de însuşire a structurilor gramaticale ale limbii. Concretizate în numeroase dezacorduri, pe care elevii cu handicap de intelect le săvârşesc în procesul comunicării (orale sau scrise), în exprimări lipsite de precizie şi coerenţă în frecvente greşeli de ortografie şi punctuaţie, toate aceste „agramatisme" afectează capacitatea de exprimare orală şi scrisă a şcolarilor, respectiv, contribuind la accentuarea pasivităţii verbale a multora dintre ei, la evitarea dialogului cu cei din jur şi la refuzul frecvent de utilizare a scrierii ca mijloc de comunicare.

Pe fondul celor menţionate, referitor la tulburările limbajului, mai frecvent întâlnite la şcolarii cu handicap de intelect, *obiectivul de bază, în domeniul terapiei*

limbajului la aceşti şcolari, îl constituie depistarea cât mai de timpuriu şi corectarea sistematică a tulburărilor de pronunţie, (inclusiv în citire) a tulburărilor limbajului scris şi a fenomenelor de nedezvoltare şi pasivitate a vocabularului. Pentru aceasta, însă, este necesară o preocupare insistentă vizând folosirea unor metode, procedee şi instrumente logopedice şi de stimulare generală a limbajului, adaptate caracteristicilor de ansamblu ale deficienţilor de intelect, şi care să poată fi aplicate diferenţiat în raport de constelaţia individuală a particularităţilor fiecărui copil cu deficienţe de intelect şi cu logopatii.

4.5. În activitatea de corectare a tulburărilor de limbaj, la cabinet, sunt cuprinşi şi unii elevi cu handicap de intelect care manifestă *tulburări de ritm şi fluenţă ale vorbirii*: bâlbâiala, bradilalia şi tahilalia. Menţionăm că proporţia acestor tulburări la elevii din lotul investigat de noi nu a înregistrat o scădere semnificativă, odată cu avansarea în procesul de şcolarizare, menţinându-se la toate clasele, desigur cu unele oscilaţii în ambele sensuri, undeva în jurul procentului mediu de 8%. După **Emil Verza**, acest fenomen se datorează rezistenţei mari a acestor tulburări la acţiunea de corectare, precum şi faptului că, nu rare ori, ele se accentuează sau chiar îşi fac apariţia la vârsta pubertăţii şi, de regulă, se asociază cu tulburări în sfera afectivă.

Tulburările de ritm ale vorbirii nu îmbracă, însă, forme deosebit de grave la şcolarii cu handicap de intelect deoarece la aceştia, bâlbâiala nu se transformă în logonevroză, de regulă ei nefiind conştienţi de gravitatea handicapului lor şi netrăind în mod dramatic, stresant, fenomenul. În procesul comunicării acestor şcolari se manifestă, însă, mai frecvent alte fenomene de afectare a fluenţei vorbirii, îndeosebi perseverări caracteristice pentru structurile mentale neevoluate. Perseverarea, ca manifestare a inerţiei patologice, se poate constata atât în pronunţarea sunetelor, a silabelor şi a unor cuvinte, cât şi la nivelul propoziţiilor, imprimând expresiilor o notă dezagreabilă şi influenţând negativ posibilitatea de recepţie a celor din jur, care ascultă şi încearcă să-i înţeleagă.

Calitatea exprimării verbale la unii şcolari cu handicap de intelect poate fi influenţată şi de caracteristicile individuale ale proceselor nervoase fundamentale: excitaţia şi inhibiţia corticală. De exemplu la copiii cu predominanţă puternică a excitaţiei este prezentă tendinţa spre vorbire tahilalică, necontrolată, dezordonată, repezită, iar la cei cu predominanţă a inhibiţiei corticale – tendinţa spre vorbire bradilalică excesiv încetinită, apatică, eliptică. În situaţiile de manifestare accentuată, aceste forme de afectare la şcolarii cu handicap de intelect a fluenţei exprimării, determină mari dificultăţi de urmărire şi înţelegere a mesajului verbal, pe care aceştia încearcă să-l transmită, inclusiv în procesul comunicării la lecţii sau la alte activităţi şcolare.

4.6. O pondere şi mai scăzută la şcolarii din lotul investigat – în medie de 3,5% - s-a înregistrat în legătură cu *nazonanţa*, asociată, uneori, dizartriei, afecţiune datorată, de regulă, unor malformaţii organice ale aparatului fonoarticulator, precum şi în legătură cu tulburările vocii, de tipul răguşelii cronice şi al asteniei vocale, a căror frecvenţă medie s-a ridicat la numai 2,7%. Este evident că prezenţa nazonanţei la unii copii cu deficienţă de intelect, diminuează şi mai mult posibilitatea de înţelegere a exprimării lor orale, inclusiv în citire.

În fine, ponderea cea mai redusă – doar 0,6% – a fost înregistrată, la lotul investigat, în ceea ce priveşte alalia (tulburare gravă a funcţiilor de înţelegere şi expresie a

limbajului) care, în cazul deficienței de intelect, pune probleme dificile de diagnostic diferențiat și determină o orientare prioritară a cazurilor respective nu spre școli speciale propriu-zise, ci spre instituții aparte, destinate copiilor cu deficiență de intelect polimorfă, severă sau profundă. După cum se știe, în aceste cazuri, toate funcțiile limbajului – inclusiv cele ale înțelegerii și expresiei – sunt puternic diminuate, uneori aproape nule, putând fi vorba despre un *adevărat sindrom de nedezvoltare a limbajului și a întregii personalități, de tip oligofrenic.* Este evident că în cazul unor asemenea copii cu alalie accentuată pe fondul deficienței de intelect, însușirea citit-scrisului, adică formarea deprinderilor de citire și scriere sunt, practic, imposibile. Menționăm că, în lotul investigat, nu am depistat nici un caz de afectare afazică a limbajului la școlarii cu handicap de intelect.

Cu toată frecvența mai redusă, în lotul de școlari cu handicap de intelect pe care i-am investigat, tulburările de ritm și fluență ale vorbirii, nazonanța și tulburările vocii, precum și tulburările de tip alalic, constituie un capitol important al activităților de corectare, desfășurate la cabinetele de terapia limbajului, mai ales că tulburările respective se asociază, frecvent, afecțiunilor sferei motivațional-afective și acțional-volitive. Terapia lor presupune ***corelarea permanentă a activităților desfășurate la cabinetele de terapia limbajului cu tratamentul medical de specialitate și cu diverse activități de terapie complexă.***

5. Consecințe ale caracterului polimodal și asociat al tulburărilor de limbaj la școlarii cu handicap de intelect

Analizând și sub un alt aspect datele de cercetare prezentate, am constatat că, însumate, procentele pe tipuri de tulburări au dat un total ce depășește cu mult numărul elevilor investigați. Rezultă că majoritatea elevilor respectivi – la unele clase mai mici, chiar toți – prezentau un cumul de tulburări ale limbajului sau cu alte cuvinte, un handicap determinat polimodal. Această situație specifică – în care majoritatea elevilor cu logopatii din școlile speciale prezintă un handicap polimodal de limbaj – constituie *principala cauză care imprimă muncii specialistului logoped din aceste școli un caracter deosebit de complex.*

De altfel, după cum se știe, caracterul polimodal reprezintă o trăsătură generală chiar a deficienței de intelect ca fenomen global, tulburările de limbaj asociindu-se insuficiențelor intelectuale, împreună cu o serie de alte tulburări și defecte: fizice, senzoriale, psihomotorii, afectiv-volitive etc.

5.1. De exemplu, într-o altă investigație, pe care am desfășurat-o în 14 școli speciale din diferite localități (inclusiv din capitală) am constatat că, dintr-un total de 1029 de elevi cu handicap de intelect, cuprinși în activitate la cabinetele de corectare a vorbirii, mulți prezentau o serie de tulburări asociate celor mintale și de limbaj, după cum urmează:

- 112 elevi, adică 11,9% din efectivul total, prezentau tulburări asociate în plan senzorial, cei mai mulți dintre aceștia având hipoacuzii de diferite grade;
- 343 elevi, adică 33,3%, prezentau dificultăți accentuate de coordonare motorie și orientare spațială, cu alte cuvinte, tulburări psihomotorii;

- 414 elevi, adică 40,2%, prezentau defecte ale membrelor şi/sau ale coloanei, precum şi malformaţii ale aparatului fonoarticulator.

Este evident că aceste tulburări şi defecte, adesea cumulate la acelaşi şcolar cu handicap de intelect, reprezintă un factor agravant sau chiar o cauză nemijlocită a diferitelor logopatii. Se ştie, de pildă, că, influenţând puternic capacitatea de percepere şi diferenţiere a sunetelor vorbirii, hipoacuzia poate determina apariţia sau agravarea unor defecte de pronunţie iar, în cazurile mai grave, o accentuată întârziere în însuşirea vocabularului şi a structurilor gramaticale. La rândul lor, anumite insuficienţe ale văzului pot determina dificultăţi în formarea şi consolidarea deprinderilor de citire şi scriere, unele malformaţii ale aparatului fonoarticulator pot sta la baza unor tulburări de pronunţie, diminuarea capacităţii respiratorii poate influenţa ritmul vorbirii şi calitatea vocii, dificultăţile de orientare şi unele insuficienţe psihomotorii influenţează negativ procesul citirii şi, mai ales, pe cel al scrierii, capacitatea scăzută de coordonare motrică influenţează negativ mişcările articulatorii etc.

După părerea noastră, prezenţa la şcolarii cu handicap de intelect a tuturor acestor tulburări asociate celor intelectuale şi de limbaj face necesară *organizarea şi desfăşurarea terapiei logopedice cu aceşti şcolari, în contextul altor măsuri corectiv-compensatorii: de protezare, fizioterapeutice, farmacodinamice, de terapie a psihomotricităţii etc.* şi, desigur, *în condiţiile unei colaborări strânse între specialistul logoped cu ceilalţi specialişti,* care lucrează la alte cabinete – cel de psihopedagogie specială (de psihodiagnoză), cel de corectare a tulburărilor neuromotorii, precum şi cu psihopedagogul (dirigintele) şi educatorul fiecărei clase, cu maiştrii instructori de la atelierele de activităţi practice etc.

Referindu-se la aceleaşi aspecte ale corelării terapiei limbajului cu terapia psihomotrictăţii şi cu alte componente ale terapiei complexe, **I. D. Radu** (2000, pag. 141) afirmă: „Dacă pe parcursul timpului s-a constatat că deficienţele de limbaj trebuie corectate, pentru că altfel ele se răsfrâng negativ asupra întregului proces de recuperare şi, în consecinţă, s-au şi normat suficiente cadre pentru corectarea limbajului, acelaşi lucru se simte necesar şi în domeniul corectării deficienţelor fizice, motorii şi psihomotorii". În legătură cu acest aspect, al terapiei complexe a limbajului la şcolarii cu handicap de intelect, trebuie să menţionăm şi faptul că, adesea, se au în vedere doar tulburările psihomotorii manuale care afectează la această categorie de şcolari mai ales calitatea scrierii. O importanţă cel puţin tot atât de mare o au, însă, şi tulburările psihomotorii de la nivelul aparatului fonoarticulator, care influenţează negativ inclusiv expresivitatea vorbirii orale a şcolarilor cu handicap de intelect, prin aceasta diminuându-li-se şi mai mult posibilităţile de comunicare în mediul familial, şcolar şi în activităţile practice-manuale, de pregătire şi de participare la o muncă socio-utilă, într-un domeniu accesibil.

5.2. Subliniind de mai multe ori pe parcursul prezentului capitol necesitatea colaborării dintre cadre în procesul de terapie a limbajului la şcolarii cu handicap de intelect, suntem, totuşi, de părere că este *necesară şi o precisă delimitare a obiectivelor de urmărit, a responsabilităţilor ce revin fiecărui factor implicat şi a priorităţilor corespunzătoare.* În această perspectivă, în atribuţiile cabinetelor specializate de terapia limbajului la şcolarii respectivi, intră (după **E. Verza** şi **Gh. Radu**, 1998):

5.2.1. Obiective ale terapiei, prioritar logopedice:

- corectarea tulburărilor de pronunție;
- corectarea tulburărilor de ritm și fluență;
- corectarea nazonanței;
- corectarea tulburărilor de voce;
- corectarea tulburărilor limbajului scris, de tipul dislexo-disgrafiei;
- înlăturarea sau estomparea fenomenelor de dezvoltare a vorbirii de tipul alaliei, al autismului, al nedezvoltării oligofrenice etc.

În urmărirea acestor obiective, *terapeutul logoped este principalul responsabil,* el trebuind să solicite, însă, sprijinul cadrelor de la clasele respective, stabilind sistemul de lucru cu școlarii ce prezintă logopatii sugerând, totodată, colaboratorilor săi regimul verbal adecvat, de care elevii în cauză trebuie să beneficieze nu numai la cabinetul specializat în terapia tulburărilor de limbaj, ci și în afara acestuia.

5.2.2. *Obiective ale stimulării dezvoltării generale la școlarii cu handicap de intelect, cu implicații directe în terapia limbajului:*

- stimularea acuității senzoriale, îndeosebi a auzului fonematic și a văzului;
- stimularea capacității respiratorii;
- dezvoltarea psihomotricității, îndeosebi a motricității manuale fine, a motricității și plasticității organelor fonoarticulatorii, formarea simțului ritmului, a capacității de orientare spațială, accelerarea procesului de lateralizare a funcției organelor perechi etc;
- dezvoltarea capacității de concentrare a atenției și de memorare a noi cuvinte, în însuși procesul comunicării.

În urmărirea acestor obiective, *terapeutul logoped este co-responsabil,* împreună cu specialiștii de la cabinetul medical, cabinetul de psihopedagogie specială (psihodiagnoză și consiliere) precum și cu profesorii de educație fizică, cu maiștrii instructori, cu profesorii și educatorii claselor, cu cei care se ocupă de aspectele sociale.

5.2.3. Obiective ale terapiei limbajului, urmărite, prioritar, în activitățile instructiv educative:

- structurarea dezvoltarea și activizarea vocabularului;
- trezirea și stimularea trebuinței de comunicare;
- formarea deprinderii de a asculta vorbirea;
- formarea deprinderii de a participa la dialog;
- formarea capacității de analiză și sinteză fonetică și grafică;
- însușirea structurilor gramaticale corecte și corectarea celor însușite greșit;
- antrenarea ritmului optim al vorbirii și asigurarea intonației adecvate, în diferite situații de comunicare: monolog, dialog, conversație, citire, recitare, cântare a unui text etc.

În urmărirea acestor obiective, *terapeutul logoped sprijină activitatea celorlalte cadre,* care urmăresc prioritar, obiectivele respective, în condițiile specifice și cu mijloacele pe care le oferă activitatea de învățare la clasă, precum și procesul comunicării curente, în cele mai variate contexte cotidiene.

6. Principii ale activităţii de terapie a limbajului, desfăşurată cu şcolarii prezentând handicap de intelect

Activităţile de terapie a limbajului, desfăşurate cu elevii şcolilor speciale, se bazează, în esenţă, pe un proces sistematic de învăţare sau reînvăţare a structurilor corecte ale limbii, de consolidare treptată a acestor structuri în vorbirea curentă. De aceea, pentru a fi eficiente activităţile de terapie a limbajului trebuie să respecte, în conceperea şi desfăşurarea lor, cerinţele metodologice generale, care stau la baza oricărei activităţi de învăţare în şcoală. Cu alte cuvinte, ***este necesar ca toate activităţile de terapie a limbajului să se desfăşoare conform principiilor didactice generale***, adaptate, însă, condiţiilor specifice de lucru cu şcolarii handicapaţi de intelect, care prezintă şi tulburări ale dezvoltării limbajului, şi defecte de vorbire. Printre aceste principii adaptate specificului muncii în învăţământul special al celor cu handicap de intelect, se numără:

- orientarea intuitiv-practică a activităţilor de terapie a limbajului;
- asigurarea varietăţii şi accesibilităţii materialului intuitiv-verbal, folosit în aceste activităţi;
- eşalonarea de la simplu la complex a exerciţiilor utilizate în activitatea de terapie a limbajului;
- diferenţierea şi individualizarea materialului demonstrativ şi a exerciţiilor cu materialul verbal;
- participarea conştientă a elevilor la activitatea de terapie a limbajului, în strânsă legătură cu cerinţa consolidării şi automatizării, prin exersare, a deprinderilor corecte de vorbire, în chiar procesul de comunicare;
- mobilizarea afectivă şi trezirea interesului elevilor pentru activitatea de corectare, prin legarea acestei activităţi de situaţii practice şi exerciţii ludice;
- asigurarea temeiniciei achiziţiilor verbale etc.

Totodată, exerciţiile de terapia limbajului şi corectarea defectelor de vorbire se cer a fi concepute şi desfăşurate ***conform principiului integrării lor organice în sistemul educaţiei şi terapiei complexe a şcolarilor cu handicap de intelect***. Acesta reprezintă, de altfel, un principiu specific de bază al învăţământului pentru şcolarii cu handicap de intelect, care urmăreşte să asigure coordonarea tuturor acţiunilor corectiv-terapeutice desfăşurate în şcoala specială şi presupune, aşa cum am subliniat deja, o strânsă colaborare între cadre. Obiectivul central al acestei colaborări pe linia terapiei limbajului constă în ***asigurarea caracterului unitar al cerinţelor şi regimului verbal*** în trei situaţii fundamentale: în activitatea la cabinetul de corectare, în activitatea de învăţare la clasă şi în procesul comunicării cotidiene.

Având în vedere caracteristicile psihologice ale şcolarilor cu handicap de intelect, etiologia şi simptomatologia tulburărilor de limbaj la aceşti şcolari, în activitatea de formare a deprinderilor corecte de vorbire şi de înlăturare a celor deficitare, ***un accent deosebit trebuie pus pe stimularea activităţii psihice de ansamblu, terapia logopedică subsumându-se obiectivului general al stimulării dezvoltării compensatorii.***

E. Afectivitatea, motivaţia şi voinţa la şcolarii cu handicap de intelect. Rolul lor stimulativ şi reglator în învăţare şi adaptare

1. Afectivitatea

1.1 **Paul Popescu-Neveanu** (1978, pag. 29) denumea afectivitatea: „proprietate a subiectului de a resimţi emoţii şi sentimente; ansamblul proceselor, al stărilor şi reacţiilor emoţionale şi afective. În contextul oricărui fenomen emoţional se disting: a) modificări organice şi vegetative secundare, în raport cu funcţiile biologice primare, de exemplu, ale pulsului, ale secreţiilor lacrimale etc.; b) comportamente motorii afective (desfăşurate sau numai schiţate); c) trăiri subiective de un anumit grad de complexitate şi având o anumită semnificaţie pentru persoana care le încearcă"

La rândul său, pe bună dreptate, înainte de a prezenta propria definiţie, **Mihai Golu** (2003, pag. 544) consideră util să precizeze locul pe care-l ocupă această importantă componentă a sistemului psihic uman (SPU) printre celelalte componente ale sistemului:"afectivitatea este o componentă esenţială şi indispensabilă a SPU la fel de necesară şi logic determinată ca şi oricare altă componentă – cognitivă, motivaţională, volitivă etc. În această calitate, ea trebuie să posede atributele generale ale psihicului – de a fi o modalitate specifică de relaţionare cu lumea şi cu propriul Eu, de a avea o valoare informaţional-reflectorie, respectiv de a semnaliza şi semnifica ceva, de a îndeplini un rol reglator specific, mai mult sau mai puţin evident". Apoi, se dă definiţia propriu-zisă a afectivităţii: „acea componentă a vieţii psihice care reflectă, în forma unei trăiri subiective de un anumit semn, de o anumită intensitate şi de o anumită durată, raportul dintre dinamica evenimentelor motivaţionale sau a stărilor proprii de necesitate şi dinamica evenimentelor din plan obiectiv extern". În concepţia aceluiaşi autor, având drept componente fundamentale *emoţiile* şi *sentimentele*, „afectivitatea joacă un rol esenţial în relaţionarea omului cu lumea, cu ceilalţi oameni" (*idem*, pag. 544)

1.2 Dacă cele două formulări reproduse mai sus definesc afectivitatea aşa cum se prezintă ea la persoane fără deficienţe, în lucrarea „Psihologia deficienţilor mintal" (citată, de mai multe ori, în paginile anterioare) **Mariana Roşca** (1967, pp. 204-209) descrie o serie de particularităţi ale afectivităţii la copiii cu asemenea deficienţe, puse în evidenţă prin diferite investigaţii. Deşi aceste investigaţii au avut loc cu câteva decenii înaintea perioadei actuale, unele dintre rezultatele obţinute atunci continuă să prezinte interes şi astăzi. De exemplu, într-o cercetare comparativă (**Chazan M.**, 1965) efectuată pe două eşantioane de subiecţi, egale ca număr (câte 169), unul format din copii cu deficienţe de intelect, iar celălalt din copii fără asemenea deficienţe (toţi având vârste cuprinse între 9-10 ani şi 13-14 ani şi aparţinând unor medii sociale echivalente), s-a constatat că, în lotul celor cu deficienţe de intelect, 69,2% prezentau fenomene de inadaptare, îndeosebi pe fondul unor tulburări afective mai mult sau mai puţin accentuate, în timp ce în lotul celor fără deficienţe de intelect, doar 12,4% prezentau şi ei unele tulburări afective, mai uşoare, însă.

Este evident că asemenea tulburări, mult mai frecvente la copiii cu deficienţe de intelect, şi, de regulă, mai accentuate, nu pot să nu influenţeze – în sens negativ, desigur –

comportamentul lor de adaptare la situaţii noi şi la solicitări variate, inclusiv în activităţile şcolare. Observarea atentă şi înţelegerea de către persoanele responsabile cu îngrijirea şi educaţia copiilor cu deficienţe de intelect a manifestărilor emoţionale şi a comportamentelor afective prezente la aceştia, au o deosebită importanţă pentru alegerea corectă a atitudinii de sprijin şi stimulare de care ei au nevoie într-un moment sau altul din partea celor apropiaţi lor: membrii propriei familii, educatoarele din grădiniţă, învăţătorii din şcoală etc.

1.2.1 **M. Roşca** (1967, pag. 204) arată că, „având o gândire inertă, deficienţii mintal nu se pot adapta prompt la cerinţele mediului, ceea ce le creează o stare de tensiune, de nesiguranţă. Creativitatea redusă, aproape inexistentă, a gândirii lor îi împiedică, adeseori, să găsească modalităţi de satisfacere a trebuinţelor şi impulsurilor, conforme cu regulile de conduită. În plus, deficienţii mintal reuşesc în mai mică măsură decât normalii de aceeaşi vârstă să-şi aprecieze trăirile şi manifestările emotive".

Imaturitatea afectivă a deficienţilor de intelect, prezenţa unor manifestări afective specifice vârstelor cronologice mai mici, sunt expresia vâscozităţii lor afective, manifestată prin alunecări spre reacţii specifice stadiilor anterioare de dezvoltare.

Frecvent, la aceşti deficienţi, întâlnim şi sentimentul de inferioritate datorat eşecurilor repetate pe care le au în activitate, în rezolvarea de situaţii problematice.

Manifestările emotive ale deficientului de intelect sunt, adesea, exagerate comparativ cu stimulul care le-a produs, fapt determinat de insuficienta diferenţiere a situaţiilor care au determinat acele stări afective. Manifestările lor explozive nu sunt, însă, rezultatul unor trăiri afective adânci şi stabile. Cauze tot atât de neînsemnate ca cele care le-au determinat pot duce la încetarea lor sau chiar la apariţia unor reacţii afective opuse. Manifestările exterioare puternice sunt, de fapt, efectul capacităţii reduse a scoarţei lor cerebrale de a acţiona asupra centrilor subcorticali. Prin caracterul exploziv, haotic, emoţiile au, adesea, un efect de dezorganizare a activităţilor deficientului de intelect. Capacitatea redusă a acestor deficienţi de a-şi controla expresiile emoţionale complică relaţiile lor cu persoanele din anturajul apropiat.

1.2.2 Interesantă ne apare şi următoarea observaţie, pe care o făcea **M. Roşca** (1967) cu privire la importanţa numeroaselor remarci din anamneza timpurie a unor copii diagnosticaţi ca având deficienţă de intelect fără, însă, a fi menţionată ,printre cauze, inclusiv prezenţa unor accidente cerebrale sau a altor fenomene patologice, care ar fi putut determina apariţia şi/sau agravarea presupusei deficienţe. După cum subliniază autoarea, asemenea observaţii clinice demonstrează, de fapt, existenţa unei categorii de copii la care „anumite carenţe afective grave (lipsa iubirii părinţilor, anxietatea provocată de insuccesul şcolar ş.a.) blochează dezvoltarea intelectuală sau le maschează posibilităţile cognitive reale." (*op. cit.*, pag. 204). Asemenea copii sunt, de fapt, ***pseudodebili mintal***, iar echilibrarea vieţii lor afective poate duce la o dezvoltare ulterioară normală a capacităţii intelectuale, sau, cel puţin, la o îmbunătăţire a ei. În acest context, ***„tulburările afective par să fie sursa cea mai importantă a pseudodebilităţii mintale"*** (*idem*, pag. 204). În sprijinul acestei supoziţii, autoarea aduce ca argument inclusiv datele altei cercetări (**Menolascino F.J.** 1965) efectuată pe un număr de 616 copii (mai mici de 8 ani) depistaţi cu diferite grade de întârziere în dezvoltarea inteligenţei, fără o etiologie patologică evidentă, deci cu o probabilă falsă debilitate

mintală. Dintre aceştia, 31% prezentau tulburări afective mai mult sau mai puţin accentuate.

Asemenea date de cercetare şi astfel de afirmaţii ale unor specialişti în domeniu, făcute undeva la mijlocul secolului trecut, erau în deplină concordanţă cu una dintre bine-cunoscutele păreri exprimată de către **L.S. Vâgotski** în cel de-al treilea deceniu al aceluiaşi secol. Conform concepţiei vâgotskiene, între inteligenţa şi afectivitatea oricărui individ uman există unitate, calităţile şi eventualele insuficienţe ale celor două componente ale sistemului psihic, adică inteligenţa şi afectivitatea, reflectându-se în şi influenţând calităţile, respectiv insuficienţele, celeilalte componente.

1.2.3. Problema şcolarilor cu falsă sau pseudodeficienţă de intelect este abordată nu numai în lucrările specialiştilor psihopedagogi ci şi în lucrări ale altor specialişti din domenii înrudite. De exemplu, în „Curs de psihologie şcolară", elaborat de **Ana Tucicov Bogdan** (1992, pag. 46) – lucrare destinată cadrelor din învăţământul obişnuit – autoarea arată că aceşti şcolari „nu-şi însuşesc în acelaşi ritm cu covârstnicii lor cunoştinţele şi nu fac faţă cu succes programelor şcolare". Acumulând insuccese şi insatisfacţii „ei ajung la tulburări afective, devin nervoşi, ceea ce le poate frâna dezvoltarea intelectuală. Ajutaţi, însă, cu răbdare şi incluşi treptat într-un program de redresare, astfel de copii pot recupera şi chiar atinge nivelul de normalitate intelectuală". Aşadar, ***pornind de la ideea unităţii dintre inteligenţă şi afectivitate în structurarea capacităţilor mentale ale copiilor şcolari, autoarea pune accent pe necesitatea stimulării inteligenţei lor, inclusiv prin ameliorarea şi echilibrarea treptată a trăirilor şi reacţiilor afective.***

1.2.4. În ultimele decenii, problema pseudodeficienţei mintale (sau de intelect) a fost abordată cu multă atenţie, inclusiv la noi în ţară, mai ales în legătură cu ideea modernizării sistemului de diagnostic diferenţial al stadiilor/treptelor dezvoltării inteligenţei, prin utilizarea unor metodologii performante, bazate pe orientare metacognitivă şi învăţare formativă în studiul inteligenţei la copiii preşcolari şi şcolari, rezultatele obţinute în această direcţie fiind descrise în diferite lucrări ale unor cunoscuţi autori: **T. Kulcsar** (1978); **Şt. Szamosközy** (1997); **M. Roth- Szamosközy** (1998); **E. Verza**; **E. Păun** (coord. 1998) **I. Manolache** (1999) etc.

În capitolul de faţă, nu ne vom referi mai amănunţit la această problematică deosebit de importantă şi actuală, ea fiind abordată în capitolul următor referitor la sistemul de evaluare complexă psihopedagogică, medicală şi socială a persoanelor cu probleme ale dezvoltării inteligenţei, cât şi la sistemul educaţiei şi învăţământului special pentru copiii, adolescenţii şi tinerii cu deficienţe evidente şi stabile, dar şi la învăţământul incluziv/integrat învăţământului de masă, pentru copiii cu deficienţe uşoare şi stări liminare ale dezvoltării, printre care şi cei cu pseudodeficienţe de intelect. Reamintim cititorilor că am încercat să ilustrăm ponderea comparativă a acestor subcategorii de copii şcolari, în figura nr. 1 din debutul prezentului capitol

1.3 Fără îndoială că, în cadrul *sistemului psihic uman* există o unitate intrinsecă bi şi multilaterală, nu doar în privinţa componentelor amintite mai sus – adică între inteligenţă şi afectivitate – ci şi între acestea două şi celelalte componente ale sistemului, de exemplu, între inteligenţă, afectivitate şi motivaţie, la care ne vom referi ceva mai târziu, când ne propunem să insistăm asupra relaţiei respective, aşa cum se manifestă ea la copiii cu deficienţe/handicap de intelect. Deocamdată, însă, amintindu-ne câteva dintre

caracteristicile afectivităţii la şcolarii fără deficienţe, cum sunt ele descrise în literatura psihologică generală, vom încerca să evidenţiem, comparativ, diferenţele mai importante pe care le constatăm la copiii cu deficienţe de intelect.

1.3.1. Este binecunoscut faptul că procesele afective sunt prezente în întreaga viaţă psihică a fiecărui om, începând cu fenomenele subconştientului şi ale inconştientului şi terminând cu cele de conştiinţă superioară, adică cele în care inteligenţa este implicată prioritar. Procesele afective interacţionează cu toate celelalte procese psihice şi laturi ale personalităţii, incluzând aici şi interacţiunea amintită deja mai sus – între latura intelectivă şi cea afectivă – ele influenţându-se şi ajustându-se reciproc. La persoanele cu deficienţe de intelect, tocmai această interacţiune este puternic bulversată, trăirile lor afective scăpând adesea de sub controlul inteligenţei şi, invers, activitatea cognitivă fiind adesea insuficient stimulată afectiv sau fiind chiar deranjată, datorită unor reacţii emoţionale nestăpânite ale persoanelor respective.

O strânsă interacţiune există şi între procesele afective şi motivaţie, de exemplu, între trăirile emoţionale şi interese, aspecte pe care le vom aborda în subcapitolul următor, referitor la motivaţie. La copiii cu deficienţe de intelect şi această relaţie este dereglată, ***dezechilibrele din sfera afectivă reflectându-se, adesea, în instabilitatea, fragilitatea, inconsistenţa şi caracterul inadecvat al motivaţiei***, ceea ce se răsfrânge negativ, atât asupra activităţii cognitive, cât şi asupra comportamentului adaptativ al celor în cauză.

1.3.2. După cum se subliniază în manualele de psihologie, procesele afective se caracterizează prin următoarele **proprietăţi**:

a. ***Polaritatea***, adică gruparea lor în perechi de tipul: bucurie-tristeţe; simpatie-antipatie; entuziasm-deprimare; iubire-ură etc. De regulă, ele sunt consecinţa satisfacerii sau a nesatisfacerii unor trebuinţe şi au, asupra afectivităţii şi a comportamentelor, o influenţă stimulativă sau frenatoare, pozitivă sau negativă. Polaritatea se manifestă în raport cu trăsăturile de personalitate ale celor în cauză, adică cu particularităţile individuale ale fiecăruia. Este evident că o personalitate fragilă ca cea a şcolarului cu handicap de intelect va genera şi raporturi instabile între elementele de polaritate afectivă, de aici rezultând reacţii necontrolate, uneori paradoxale ale şcolarilor respectivi.

b. ***Intensitatea*** (forţa, profunzimea trăirilor). Desigur că şi sub acest aspect (ca şi în cazul motivaţiei pe care o vom aborda ulterior) trebuie să existe un „*optim afectiv*", adică trăirile celui în cauză trebuie să corespundă situaţiei reale, ambianţei, iar reacţiile sale să înlesnească adaptarea la situaţia dată. După cum se ştie, însă, din practică, la şcolarii cu handicap de intelect, în strânsă legătură cu inerţia patologică ce-i caracterizează, reacţiile lor sunt, adesea, fie rigide, fie nestăpânite, explozive.

c. ***Durata şi mobilitatea*** reacţiilor, adică întinderea şi persistenţa lor în timp la deficienţii de intelect, nu sunt întotdeauna concordante cu situaţia concretă, ele fiind ori rigide peste măsură, ori, dimpotrivă, impulsive şi exagerat de labile.

d. ***Expresivitatea***. Copilul normal dezvoltat îşi stăpâneşte, de regulă, conduita emoţională. Pentru deficienţii de intelect, autostăpânirea este mult mai puţin accesibilă, inclusiv sub acest aspect al autocontrolului

reacțiilor afective. Expresivitatea lor emoțională, de exemplu prin mimică, prin schimbarea vocii etc. este mult mai săracă, în comparație cu a copilului fără deficiențe de aceeași vârstă.

1.3.3. Într-o **clasificare a proceselor afective**, acestea pot fi grupate astfel:

a. Trăiri afective primare, legate mai mult de satisfacerea trebuințelor cotidiene, care implică:

- *tonul afectiv al proceselor cognitive* (cu alte cuvinte, trăirea pe care o are, de pildă, școlarul care învață noi cunoștințe, ce-i trezesc curiozitatea și-i mobilizează atenția);
- *trăiri afective de proveniență organică* (spre exemplu, în caz de boală, indigestie etc.)
- *afectele* (stări de groază, de furie, de spaimă și frică etc.)

b. Trăiri afective curente, subcategorie din care fac parte:

- *emoțiile obișnuite* ca: bucuria, tristețea, simpatia etc.;
- *emoțiile superioare*: legate de o anumită activitate aparte, de un comportament moral etc.;
- *dispozițiile afective*: stări difuze, vagi, fără o cauză conștientizată, ele fiind legate de „firea" sau „structura temperamentală" a fiecăruia, unii fiind veseli, neastâmpărați, iar alții mohorâți, apatici etc.

Asemenea trăiri afective sunt greu de stăpânit de către copiii cu deficiențe de intelect, datorită capacității lor reduse de autoanaliză și autodirijare a situațiilor și comportamentelor cotidiene cea ce, uneori, determină reacții comportamentale neașteptate, inverse celor probabile.

1.3.4 Dacă *emoțiile,* la care ne-am referit mai sus, fac parte din categoria *proceselor afective primare*, atunci *sentimentele* reprezintă categoria *proceselor afective superioare*. După cum se știe din psihologia generală, ele sunt trăiri intense de lungă durată, condiționate social-istoric și care se concretizează/exteriorizează în *atitudini afective* cu caracter stabil, ceea ce le face previzibile. Ele pot fi: *intelectuale* (curiozitate, mirare, dragoste de adevăr etc.), *estetice* (admirație, extaz etc.), *morale* (patriotism, sentimentul datoriei etc.). Tot din categoria proceselor afective superioare mai fac parte și *pasiunile*, acestea fiind sentimente generalizate și profunde, care implică întreaga personalitate pentru toată viața. Ca fenomene psihice de lungă durată, atât sentimentele, cât și, mai ales, pasiunile, în cazul persoanelor cu deficiențe de intelect, pe fondul inerției lor patologice, se manifestă adesea stereotip, nediferențiat, în raport cu situația concretă din momentul dat și necontrolat în raport cu adresabilitatea. În acest context, comportamentul lor afectiv pare adesea nepotrivit, uneori chiar obraznic și agasant, ceea ce face necesar ca, în procesul educației în familie, în grădiniță și în școală ei să fie deprinși sistematic, prin exercițiu, cu atitudini și comportamente corecte, echilibrat impregnate emoțional și afectiv.

1.3.5. În lucrarea citată mai sus, ***Ana Tucicov-Bogdan*** (1992) pune în evidență și câteva *caracteristici ale comportamentului afectiv la copii și adolescenți* – deci la școlarii din învățământul obișnuit, de masă – printre acestea enumerându-se:

- spontaneitate în comunicare și comportamente;

- sinceritatea în contactele cu cei din jur și trăirea plenară a evenimentelor petrecute în familie, în contextul școlar și grupul de prieteni;
- nevoia de reciprocitate și de colaborare.

Fără îndoială, asemenea atitudini și comportamente afective pozitive, la copiii și adolescenții școlari, trebuiesc sprijinite și dezvoltate prin educație, într-un proces de strânsă colaborare între cadrele didactice din școli și familiile copiilor respectivi.

În cazuri inverse, însă, de reacții comportamentale fals adaptative, adică neconcordante cu situația reală din momentul dat – ceea ce se întâmplă adesea la școlarii cu pseudodeficiențe de intelect, integrați în învățământul obișnuit – sunt necesare măsuri repetate de antrenare și consolidare a unor reacții adecvate postvoluntare, adică transformate în deprinderi comportamentale pozitive.

2. Motivația

2.1. În lucrarea „Bazele psihologiei generale" (2002, pag. 571) **M. Golu** definește motivația astfel: „o formă specifică de reflectare prin care se semnalează mecanismelor de comandă-control ale sistemului personalității o oscilație de la starea de echilibru, un deficit energetico-informațional sau o necesitate ce trebuie satisfăcută". În continuarea aceleiași idei autorul aduce următoarea completare: „Motivația transformă ființa umană dintr-un simplu receptacul al influențelor externe *în subiect activ și receptiv* cu un determinism intern propriu în alegerea și declanșarea acțiunilor și comportamentelor" (*idem*, pag. 571).

Încercând o raportare a acestor precizări la caracteristicile neuro-psihice ale școlarilor cu handicap de intelect, constatăm că tocmai cele două trăsături fundamentale ale unei motivații adecvate, invocate în definiția sa de către autorul citat, adică *activismul* și *selectivitatea* sunt deosebit de afectate la școlarii respectivi. Astfel, pe fondul dereglării raportului normal dintre procesele nervoase fundamentale – excitația și inhibiția – mulți dintre școlarii cu handicap de intelect real (adică determinat prin patologie cerebrală) sunt fie nestăpâniți în reacțiile lor comportamental-adaptative (pe fondul predominării excitației cerebrale), fie hipoactivi (pe fondul predominării inhibiției), ambele manifestări reactive determinând însemnate dificultăți de adaptare la ritmul de lucru al celorlalți participanți la activitățile comune, desfășurate in clasă sau în atelierul de lucrări practice, în cabinetele pentru terapii specifice etc.

În al doilea rând, pe fondul particularităților proceselor cognitive și comunicaționale descrise intr-un subcapitol anterior, pe fondul dificultăților de analiză și sinteză, întâmpinate în procesul învățării, școlarii cu handicap de intelect sunt dezavantajați în alegerea/selectarea modalităților de a acționa eficient, fiind dependenți mereu, inclusiv sub acest aspect, de sprijinul, prin îndrumare, a celor din jur.

2.1.2. Reproducem, în continuare, o altă definiție, preluată după **Tinca Crețu** (1987, pag. 139), conform căreia motivația este „ansamblul de stimuli sau mobiluri – trebuințe, montaje, tendințe, atracții, interese, convingeri, năzuințe, intenții, visuri, aspirații, scopuri, idealuri – care susțin din interior realizarea anumitor acțiuni, fapte, atitudini".

În literatura de specialitate se subliniază, de asemenea, că omul, deci şi copilul sau adolescentul şcolar, nu acţionează niciodată sub imperiul unui singur motiv, ci sub influenţa unei *constelaţii motivaţionale* în care, de regulă, se îmbină motive fiziologice (trebuinţe primare), psihologice (derivate) şi sociale (dobândite). Se precizează, însă, că motivele învăţării sunt, prin excelenţă, psihologice şi, mai ales, sociale. În cazul copiilor cu insuficienţe de intelect, liminare şi uşoare – care formează o mare parte dintre şcolarii cu dificultăţi de învăţare – formarea unei motivaţii sociale pozitive, are o deosebită valoare adaptativă, prin contribuţia sa la estomparea unor tulburări comportamentale pe care ei le-au dobândit pseudocompensator, în contacte mai mult sau mai puţin întâmplătoare, dar frecvente, cu influenţe negative din medii dezorganizate şi needucogene.

2.1.3. Pe bună dreptate, motivaţia este considerată „cauză internă a comportamentului". În această calitate, ca „factor de stimulare şi imbold" al activităţilor urmărite intenţionat, motivaţia se manifestă prin trebuinţe, impulsuri, intenţii, interese, tendinţe, convingeri etc., adică prin ceea ce-l incită pe individ în demersurile sale acţionale. Este vorba, deci, de *o tensiune interioară*, de o direcţionare a persoanei spre ceva anume, în strânsă legătură cu preocupările şi reflectând interesele sale. În cazul şcolarilor cu handicap de intelect, îndeosebi la nivelul claselor primare, preocupările lor sunt puerile, iar interesele – îndeosebi cele cognitive – sunt slab reprezentate şi instabile. Copilul cu deficienţe de intelect nu este curios, de regulă nu pune întrebări, iar, când o face, întrebările sale n-au întotdeauna legătură cu tema dezbătută, distrăgând atenţia celorlalţi elevi.

2.2. După cum este bine cunoscut în psihologia generală, în cadrul sistemului psihic uman, motivaţia îndeplineşte o serie de funcţii:

2.2.1. ***Funcţia de activare internă*** cu caracter difuz şi de semnalizare a dezechilibrelor fiziologice, fiind legată de trebuinţele fiziologice ale individului; această funcţie este relativ bine reprezentată, inclusiv la copiii cu deficienţe de intelect. La aceştia, însă, nefiind supusă suficient unui autoreglaj prin „control raţional", ea le influenţează negativ comportamentul de satisfacere a trebuinţelor, în asemenea situaţii manifestările lor devenind impulsive, dezorganizate sau, dimpotrivă, pasive, dezinteresate.

2.2.2. În strânsă legătură cu funcţia de activare internă este şi ***funcţia de factor declanşator al acţiunii efective***, prin care se urmăreşte găsirea modalităţii de stingere a tensiunii apărute. La copiii cu deficienţe de intelect, această funcţie se manifestă prin „alegeri" impulsive, în cazul celor hiperactivi comportamental, sau prin indiferenţă, apatie, de acceptare a orice, în cazul celor hipoactivi, la care predomină starea de inhibiţie.

2.2.3. ***Funcţia de autoreglare a conduitei***, adică un fel de „conexiune inversă", care „controlează" reacţiile comportamentale (acţiunea fiind declanşată pe baza motivaţiei date). Această funcţie este foarte slab reprezentată la copiii cu deficienţe de intelect, fapt ce se află în strânsă legătură cu lipsa lor de autocontrol, cu slaba dezvoltare a inhibiţiei interne (adică a „frânelor" corticale) însoţită de incapacitatea de a-şi stăpâni reacţiile impulsive.

2.3. Din psihologia generală sunt cunoscute, de asemenea, ***structurile (tipurile) motivaţiei***, acestea fiind:

2.3.1. ***Trebuinţele,*** reprezintând structuri motivaţionale bazale ale individului uman, care semnalizează nevoile de reechilibrare, resimţite de către individ sub forma unor stări şi imbolduri specifice. Ele se clasifică în:

- **trebuinţe primare**, înnăscute şi având ca rol asigurarea integrităţii psihice şi funcţionale a organismului persoanei în cauză. Aceste trebuinţe sunt bine reprezentate la marea majoritate a deficienţilor de intelect. În anumite situaţii, însă, îndeosebi în cazul celor cu deficienţe severe şi, mai ales, profunde, procesul satisfacerii trebuinţelor primare scapă de sub autocontrolul acestora, situaţie în care ei necesită nu doar o permanentă îndrumare ci şi o atentă/continuă supraveghere, pentru a preveni apariţia anumitor excese şi inversiuni în procesul „satisfacerii" trebuinţelor respective.
- **trebuinţe secundare**, dobândite în ontogeneză, ele având ca rol o temeinică asigurare a integrităţii psihice şi sociale a fiecărei persoane, inclusiv integrarea, cât mai eficientă, în comunitatea de apartenenţă a celor cu deficienţe de intelect. Trebuinţele secundare se subîmpart în:
  - *trebuinţe materiale:* de locuinţă, de confort, de unelte şi instrumente etc.;
  - *trebuinţe sociale:* de comunicare, de anturaj şi integrare în comunitate, de cooperare cu persoanele din jur etc.;
  - *trebuinţe spirituale:* de cunoaştere, estetice, etice, de realizare a propriei personalităţi etc.

  Dintre acestea, la persoanele cu deficienţe de intelect sunt relativ bine reprezentate doar trebuinţele materiale, mai puţin cele sociale şi foarte puţin cele spirituale. Dezvoltarea lor – diferenţiat, în raport de particularităţi şi de potenţialul individual al fiecăruia – reprezintă un obiectiv important al muncii educative şi de socializare a şcolarilor cu handicap de intelect.

În psihologia generală este binecunoscută ierarhizarea trebuinţelor realizată de către psihologul american **A. Maslow** (1970), într-un sistem piramidal pe opt niveluri, aflate în strânsă legătură cu motivaţia (subiectivă) de care este însoţită şi pe care o vom aborda în subcapitolul imediat următor.

Reproducem după **P. Popescu-Neveanu** (1978, pag. 467) şi **M. Golu** (2002, pag. 586) denumirea nivelurilor respective, însoţite de anumite precizări:

1. ***trebuinţe fiziologice*** (de hrană, de odihnă, de sănătate etc.);
2. ***trebuinţe de securitate*** (de siguranţă, de securitate etc.);
3. ***trebuinţe sociale*** (de apartenenţă la grupul social, de consonanţă cu membrii grupului etc.);
4. ***trebuinţe ale „Eului"*** (de autoconservare, de prestigiu şi statut etc.);
5. ***trebuinţe de realizare/autorealizare*** (de a obţine performanţe în activitate etc.);

6. ***trebuinţe cognitive*** (de a şti, de a învăţa, de a înţelege etc.);
7. ***trebuinţe estetice*** (nevoia de ordine, simetrie, armonie etc.);
8. ***trebuinţe de concordanţă*** (de trăire, cunoaştere şi acţiune).

După cum am subliniat deja mai sus, trebuinţele situate pe primele trei-patru trepte ale acestei ierarhizări piramidale sunt prezente (uneori chiar exagerat, în cazul trebuinţelor fiziologice, de exemplu) inclusiv la copiii cu deficienţe de intelect. Dezvoltarea şi consolidarea corectă, echilibrată, depinde, însă, în mare măsură de realizarea unei temeinice colaborări între şcoală, familie şi comunitatea socială de apartenenţă ale fiecărui asemenea şcolar, în perspectiva unei educaţii corespunzătoare. O mare atenţie, acordată acestei educaţii, este necesară şi pentru faptul că trebuinţele situate pe treptele superioare ale piramidei (adică trebuinţele de statut, de performanţă, de învăţare, de concordanţă) sunt deziderate extrem de necesare fiecărui membru al lumii moderne.

2.3.2. ***Motivele*** reprezintă transpuneri în plan subiectiv ale stărilor de necesitate, adică a trebuinţelor. Conştientizate, acestea se transformă în motive intenţionate de acţiune orientate spre satisfacerea necesităţilor resimţite. Cu alte cuvinte, în situaţii de normalitate, motivul conştientizat declanşează, susţine energetic şi – similar inteligenţei – organizează acţiunea de satisfacere a trebuinţei. Spre deosebire de situaţia normală, la deficienţii de intelect motivele nu sunt întotdeauna corect susţinute mental şi/sau afectiv, în situaţii de acest gen satisfacerea trebuinţei desfăşurându-se cu dificultate şi, uneori, distorsionat.

Fără îndoială că asemenea noncalităţi ale motivelor în acţiune sunt nemijlocit dependente şi de particularităţile volitive ale deficienţilor de intelect. Unii dintre aceştia, deşi conştientizează anumite necesităţi şi deziderate, în direcţia cărora ar trebui să se mobilizeze şi să acţioneze, nu au, totuşi, forţa interioară de a le urmări, de a acţiona în direcţia respectivă, ceea ce se explică prin fenomenul „vâscozităţii lor genetice" (după B. Inhelder), fenomen care le grefează puternic reacţiile şi comportamentele adaptative printr-un fel de „fugă" sau eschivare (desigur nepremeditată) de efort. Alţii nu-şi conştientizează nevoile, nu au obiective/sarcini pe care să le urmărească, deşi, prin imitaţie, acţionează într-o direcţie sau alta, uneori chiar energic, dar haotic, fiind mereu dezorientaţi, fără perspectivă. Perpetuându-se asemenea situaţii au o puternică influenţă negativă asupra procesului de adaptare/integrare familială, şcolară şi, în final, profesională, a celor în cauză.

2.3.3. ***Interesele*** sunt, după cum se ştie, orientări selective, relativ stabile şi active, spre anumite domenii de preocupări şi activitate, mai complexe decât trebuinţele şi motivele, având în structura lor elemente cognitive, afective şi volitive şi implicând – în situaţii de normalitate – organizare, consistenţă şi eficienţă.

În mod obişnuit, interesele se clasifică după tipul de activitate pe care o desfăşoară individul vizat, avându-se în vedere, inclusiv sectorul profesional, în care el se manifestă, desfăşurându-şi activitatea. Sub acest aspect, interesele sunt (sau ar trebui să fie) în primul rând profesionale, dar şi artistice, sportive, de loisir şi multe altele. Cu cât un individ are interese mai stabile, care se completează reciproc şi se concretizează în

activităţi mai temeinic organizate, mai bine orientate şi, deci, mai eficiente, cu atât mai mult el dă dovadă de o reală maturizare a personalităţii sale.

În cazul unor personalităţi armonice, adică normal dezvoltate, echilibrate atitudinal şi comportamental, interesele sunt stabile fiind urmărite de către cei în cauză, în mod organizat şi cu perseverenţă. În cazul persoanelor dizarmonice – cum sunt cele cu deficienţe de intelect – interesele prezintă inconsistenţă, iar, pe acest fond, comportamentul lor este instabil şi greu de prevăzut.

2.3.4. **Tinca Creţu** (1987) – autoarea uneia dintre definiţiile motivaţiei, pe care le-am reprodus deja în debutul acestui subcapitol, ne oferă (în aceeaşi lucrare de psihologie şcolară) inclusiv *definiţia motivaţiei învăţării*, care – subordonându-se sensului general al conceptului de motivaţie – reprezintă „totalitatea mobilurilor, care susţin energetic, acţionează şi direcţionează desfăşurarea activităţilor de învăţare" (*op. cit.*, pag. 144). Referindu-se la sursa din care provine „tensiunea motivaţională", a acţiunilor de învăţare, autoarea pune în evidenţă ***motivaţia extrinsecă*** determinată de surse ce se află în afara activităţii propriu-zise de învăţare precum şi ***motivaţia intrinsecă*** a cărei sursă se află în însăşi activitatea de învăţare. Totodată, autoarea este de părere că ideal ar fi ca „în procesul de învăţământ, să se găsească formula optimă de îmbinare a motivaţiei interne cu motivaţia externă, îndeosebi cu cea legată de sfera psiho-morală a personalităţii, de aşa manieră încât stimularea actuală, concretă, a conduitei de învăţare să se conjuge cu o atitudine în general pozitivă, favorabilă, a elevului faţă de învăţătură" (*op. cit.*, pag. 148). Împărtăşind în totalitate acest punct de vedere cu privire la modalităţile de stimulare a motivaţiei pentru învăţare, la copiii fără deficienţe, suntem de părere că, în ceea ce-i priveşte pe cei cu deficienţe (mai ales de intelect) este de preferat (îndeosebi la clasele mici) o motivaţie prioritar extrinsecă, bazată pe încurajare, laudă, recompensă, competiţie pozitivă de tip concurs, în perspectiva trecerii treptate spre o motivaţie mixtă, adică în care şcolarii cu handicap de intelect să simtă şi ei, cât de cât, plăcerea învăţării îndeosebi la clasele mari şi în activităţile de pregătire practică. Lipsa curiozităţii şi a dorinţei de a afla lucruri noi este, însă, una dintre caracteristicile negative ale preşcolarului şi şcolarului mic cu deficienţe de intelect, care nu poate fi diminuată, decât printr-un efort îndelungat, depus nu doar de către un singur specialist psihopedagog (de exemplu, învăţătorul sau profesorul de sprijin, în cazul copiilor cu probleme ale dezvoltării inteligenţei şi dificultăţi de învăţare integraţi în învăţământul obişnuit), ci de către toţi cei implicaţi în procesul de instruire, în educaţie şi recuperare/reabilitare compensatorie a celor în cauză, inclusiv de către familiile lor, care, ele însele au nevoie de a fi instruite asupra modalităţilor prin care pot contribui nu doar la îngrijirea, supravegherea şi educaţia de rutină a copiilor lor cu probleme, ci şi la procesul de recuperare complexă a acestora, beneficiind, desigur, de îndrumare şi consiliere din partea unor specialişti în domeniu.

2.3.5. După cum se ştie, în psihologia şcolară pentru învăţământul obişnuit, este avută în vedere ***teoria optimumului motivaţional***, ca ghid pentru dozarea efortului şi a gradului de mobilizare diferenţiată a elevilor la îndeplinirea eficientă a sarcinilor şcolare ce le revin, inclusiv în cazul evaluărilor periodice. Conform acestei teorii, pentru realizarea sarcinilor mai puţin dificile este necesară o uşoară supramotivare pentru a evita

eventualele situații de abordare superficială a sarcinii primite, în vederea realizării ei dar și invers: pentru sarcinile dificile este, uneori, necesară o ușoară submotivare pentru a evita situațiile de stres motivațional care, din punct de vedere al randamentului în activitate, în unele cazuri, are efecte asemănătoare submotivării.

În literatura de specialitate psihopedagogică, nu am întâlnit, însă, referiri cu privire la modul în care s-ar putea obține, dacă nu un autentic „optim motivațional" (de altfel, puțin probabil) atunci măcar o relativă motivație, pentru a participa cu folos la activitățile instructiv-educative și terapeutic-recuperatorii, de pregătire pentru muncă și socializare.

Pentru a obține, însă, o asemenea motivație, trebuie ținut cont de particularitățile modului de a reacționa la solicitări al copiilor și adolescenților cu deficiențe de intelect cuprinși în orice instituție de învățământ și/sau de ocrotire. În raport de particularitățile individuale, marea majoritate a acestora pot fi grupați în trei subcategorii:

- școlari cu handicap de intelect ***hiperactivi*** la care predomină excitația cerebrală și care înaintea și în timpul îndeplinirii sarcinii trebuie să beneficieze de măsuri vizând concentrarea atenției și echilibrarea reacțiilor;
- școlarii cu handicap de intelect ***hipoactivi*** la care predomină inhibiția cerebrală și care înaintea și în timpul încercării de rezolvare a sarcinii primite, trebuie să fie incitați în a se mobiliza și a participa activ la activitate;
- școlarii cu handicap de intelect ***indiferenți*** față de activitatea celor din jur și ***neatenți*** la desfășurarea activității, aceștia trebuind mereu reintroduși în activitate prin întrebări suplimentare și sarcini individuale.

De menționat, însă, că există și cazuri individuale de școlari cu manifestări specifice, datorită unei etiologii aparte a deficienței lor de intelect. Așa se întâmplă, de exemplu, în cazul unor deficiențe de intelect dobândite prin traumatism cerebral târziu, asemenea elevi fiind eficienți în primele 25-30 de minute de activitate și de atenție, pentru ca spre sfârșitul acesteia să intervină o accentuată pierdere a capacității de efort. Există, însă, și unele situații inverse, de pildă, pe fondul unei maladii epileptice, școlarul cu handicap de intelect nu reacționează eficient la începutul unei activități de învățare pentru a deveni, însă, mai atent și mai eficient spre sfârșitul activității respective.

3. *Voința – formă superioară de autoreglaj; rolul voinței în procesul adaptării complexe a persoanelor cu deficiență de intelect*

3.1. **P. Popescu-Neveanu** (1978, pag. 777) consideră voința „capacitate și proces psihic de conducere a activității sub toate aspectele ei; sistem de autoreglaj superior întrucât este efectuat precumpănitor prin cel de-al doilea sistem de semnalizare și implică deliberare, scop și plan elaborat conștient, organizare a forțelor proprii prin stăpânirea unora, mobilizarea și angajarea convergent-finalistă a altora. Trăsăturile psihologice distinctive ale voinței sunt: scopul propus conștient, efortul specific, calificat ca voluntar și comportamentul de biruire a obstacolului".

La rândul său, **Tinca Creţu** (1987, pag. 174) descrie voinţa ca fiind „procesul psihic de reglaj superior prin intermediul mecanismelor verbale, constând în mobilizarea şi concentrarea energiei psihonervoase în vederea biruirii obstacolelor şi atingerea scopurilor stabilite conştient anterior".

În concepţia aceleiaşi autoare, în activitatea de învăţare organizată, de mai lungă durată, apar *obstacole, dificultăţi, bariere*. Ele trebuie învinse prin *efort de voinţă* ceea ce implică „complexitate, continuitate şi ascendenţă în dezvoltarea unor forme de *reglaj voluntar*, până la instituirea lor în însuşiri stabile de voinţă care devin apoi caracteristice pentru personalitatea fiecărui elev, reprezentând unele dintre cele mai însemnate condiţii interne, subiective ale învăţării" (*op. cit.*, pag. 170).

3.2. Din aceste afirmaţii rezultă că, între învăţare şi actul volitiv, există o permanentă influenţare reciprocă, învăţarea nefiind posibilă fără un anumit nivel de dezvoltare a proceselor volitive, în timp ce voinţa este stimulată şi consolidată în procesul învăţării. Altfel spus, ***comportamentul voluntar se învaţă, iar fără efort voluntar învăţarea organizată nu este posibilă.*** După cum afirmă autoarea citată mai sus, spre deosebire de formele elementare de reglaj, bazate pe reacţii necondiţionate, înnăscute, dar şi pe reflexe condiţionate şi pe impulsuri afective, reglajului voluntar îi sunt proprii următoarele caracteristici:

3.2.1. *Întotdeauna urmăreşte atingerea unor ţinte conştient vizate*, cu scopul de a asigura înţelegerea sensului acţiunii de către cei care învaţă, adică de elevi. De aici, în *didactica modernă, există principiul comunicării obiectivelor urmărite, inclusiv elevilor* cuprinşi în activitatea de învăţare organizată. În cazul copiilor cu deficienţe de intelect, acest lucru trebuie făcut cu multă atenţie, pe înţelesul lor, pentru a-i mobiliza şi condiţiona.

3.2.2 *Reglajul voluntar presupune, întotdeauna, intenţia şi decizia celui vizat de a atinge un obiectiv stabilit, de a desfăşura acţiunea necesară în acest scop*. Este vorba, deci, de o implicare activă a subiectului ceea ce presupune din partea sa conştientizare, formulare verbală, comenzi şi autocomenzi, fiind unul dintre aspectele prin care se realizează unitatea dintre funcţia informaţională şi cea reglatorie a subiectului în activitatea de învăţare, inclusiv şcolară.

3.2.3. *Reglajul voluntar presupune, de asemenea, anticiparea mentală a desfăşurării activităţii proiectate pe tot parcursul său.* Este vorba de fenomenul psihofiziologic numit de către **P. K Anohin** ***„acceptorul acţiunii"***, fenomen care, la rândul său, se află la baza *„fead-back-ului"*. Se precizează, totodată, că posibilitatea de a efectua acte voluntare depinde şi de gradul de dezvoltare a reprezentărilor, legate de acţiunile care pot duce la rezultatul urmărit, de nivelul de dezvoltare a gândirii şi a funcţiei reglatorii a cuvântului.

3.2.4. Pentru realizarea scopului urmărit *prin actul voluntar se înving obstacole interioare*, ce ţin de subiecţii implicaţi, *precum şi obstacole exterioare*, ce ţin de condiţiile materiale, ambientale, şi de relaţiile cu alte persoane.

Este evident, desigur, că acelaşi obstacol exterior va avea, de la individ la individ, o valoare diferită, în raport cu trăsăturile reale de personalitate ale fiecăruia (temperament, deprinderi disciplinare, capacităţi intelectuale etc.). La copiii cu deficienţă de intelect actul voluntar este mai dificil de realizat, datorită slabei dezvoltări a funcţiei

semiotice, implicată în gândire, în limbaj, în imaginație, dar și datorită „fugii de efort" (adică eschivării de sarcini mai dificile) ca manifestare a ceea ce în psihopedagogia specială este cunoscut sub termenul de „vâscozitate genetică" (după B. Inhelder). Datorită aceleiași caracteristici, persoanele cu deficiență de intelect preferă, adesea, să preia hotărârile și să imite comportamentul altora.

3.3. Ca demers de urmărire intenționată a unor obiective prestabilite, ***actul voluntar parcurge, după cum se știe, câteva faze:***

- ***actualizarea unor motive***, care generează anumite scopuri, obiective și orientarea preliminară spre înfăptuirea lor;
- ***conștientizarea acelor motive,*** formularea lor verbală și prefigurarea modului de a acționa, lupta între motive, în perspectiva deliberării, ceea ce presupune cunoașterea condițiilor necesare, prevederea și evaluarea urmărilor posibile;
- ***luarea hotărârii,*** urmată de ***executarea ei*** și ajustarea pe parcurs prin raportare la motivele și scopul de la care s-a pornit.

Fără îndoială că, dacă nu este sprijinit pas cu pas, pe parcursul acestor faze/verigi ale demersului voluntar, copilul sau adolescentul cu deficiențe de intelect (care nu prea știe ce vrea și nu are capacitatea să prevadă consecințele acțiunilor sale, decât în contextul unor experiențe pozitive anterioare, repetate) nu are șanse reale de succes, iar datorită unor eșecuri repetate, el își pierde total încrederea în forțele proprii, devenind, din ce în ce mai influențabil. Din păcate, această influențare nu este doar una pozitivă, de care beneficiază în școală, ci, mai adesea, este una negativă, în raport cu caracteristicile anturajului extrașcolar.

3.4. La copiii și adolescenții normal dezvoltați intelectual, ***voința dispune de anumite caracteristici*** care îi ajută în procesul adaptării la solicitările variate ale mediului înconjurător, atât ale mediului natural, cât și, mai ales, ale celui socio-familial, școlar și comunitar.

3.4.1 O asemenea caracteristică descrisă în literatura de specialitate o reprezintă, de exemplu **puterea voinței**, care constă în capacitatea individului de a depune efort voluntar intens, în direcția urmăririi și realizării unor obiective pozitive. Copiii și adolescenții cu deficiențe de intelect nu dispun de această capacitate, ei caracterizându-se, dimpotrivă, prin **slăbiciunea voinței**, această noncalitate a personalității fiind una dintre cauzele esențiale ale inadaptării lor sociale în plan familial, apoi școlar, iar, ulterior – profesional.

3.4.2 **Perseverența** reprezintă o altă caracteristică volitivă normală, ce constă în capacitatea de a urmări, până la finalizare, obiectivele prestabilite. Atâta timp cât la deficientul de intelect, motivele care incită la acțiune sunt slab conturate și instabile, nici urmărirea cu perseverență a sarcinii de îndeplinit nu este posibilă. De fapt, deficientul de intelect nu prea știe ce vrea sau uită pe parcursul activității ce anume urmărește și nu prevede, astfel, eventualele consecințe negative ale activității sale întrerupte, nedusă la bun sfârșit. De aici nevoia permanentă de a fi dirijat din exterior, în caz contrar el ajustându-și la întâmplare demersul, adică nu prin raportarea rezultatelor parțiale la obiectivul urmărit, deci printr-un feed-back real, ci prin deviere spre elemente întâmplătoare, în virtutea acelei „fugi de efort", sau a tendinței spre facil, la care ne-am

mai referit. Acţiunile deficientului de intelect sunt, astfel, dominate de nesiguranţă. De aceea, supravegherea lui permanentă şi îndrumarea pe tot parcursul acţiunii, este foarte necesară şi, adesea, hotărâtoare pentru reuşită.

Se afirmă, uneori, că opusul perseverenţei este *încăpăţânarea,* afirmaţie insuficient justificată, după părerea noastră. Încăpăţânarea este, de fapt, o formă negativă de manifestare a actului voluntar, în care individul dă dovadă de lipsă de mobilitate în urmărirea obiectivelor sale. Această modalitate o întâlnim, frecvent, la copiii cu deficienţe de intelect care, în faţa eşecului repetat al unui demers rezolutiv, nu renunţă la noi încercări, dar, ca urmare a inerţiei patologice, caracteristică deficienţei de intelect, reia, mecanic, mereu aceeaşi schemă greşită de acţiune, fără perspective de succes şi lăsând, astfel, impresia de încăpăţânare.

3.4.3. Printre calităţile reale ale voinţei, se numără şi **independenţa**, caracterizată prin luarea de hotărâri pe baza propriei chibzuinţe, precum şi **promptitudinea deciziei**, adică rapiditatea în deliberare. După cum se ştie din practică, *deficientul mintal nu este chibzuit,* ceea ce se explică prin capacitatea scăzută de analiză a condiţiilor şi de sesizare a modificărilor intervenite pe parcurs, în situaţia dată. De asemenea, *el nu este un hotărât în deciziile sale*, mai degrabă *dând dovadă de pripeală.*

De fapt, este vorba despre acea **neputinţă volitivă** a deficientului de intelect – bine cunoscută celor apropiaţi lor, îndeosebi părinţilor şi profesorilor – de a nu se putea automobiliza în direcţia rezolvării unor sarcini dificile pentru ei şi atât de frecvente în viaţa cotidiană, inclusiv în activitatea şcolară. Această realitate ne aminteşte de caracterizarea dată lor de **Eduard Seguin** – unul dintre primii „medico-pedagogi” francezi ai începutului de secol XIX, care, în lucrarea sa „Tratamentul moral, igienic şi educativ al idioţilor şi al altor degeneraţi” (publicată în 1846) afirma, dând dovadă de o profundă cunoaştere a acestei categorii de persoane, puternic defavorizată, inclusiv sub aspectul instruirii şi educaţiei: „idiotul nu ştie pentru că nu poate şi nu poate pentru că nu vrea”[8]

În această formulare laconică şi oarecum surprinzătoare, este pus în evidenţă, de fapt, caracterul complex şi corelat al afecţiunilor proprii deficienţilor de intelect, afecţiuni care, în ansamblul lor, fac necesară o preocupare atentă şi permanentă pentru studiul factorilor implicaţi în procesul pregătirii lor cât de cât eficientă, în perspectiva integrării în comunitate, adică: în propria familie, în şcoală şi în activitatea practică, prin formarea unor cunoştinţe elementare, dar temeinice, precum şi a unor deprinderi utile de autoservire, de muncă accesibilă şi de comportament civilizat.

F. Personalitatea la şcolarii cu handicap de intelect

Personalitatea umană este studiată nu numai de psihologie, ci şi de multe alte ştiinţe: antropologia biologică şi culturală, sociologia, ştiinţele educaţiei, psihosomatica, istoria etc.

---

[8] Menţionăm că, la începutul secolului XIX, când a fost utilizat în lucrarea lui E. Seguin, cuvântul „idiot”, acesta era un termen pur medical, fără a avea tenta peiorativă dobândită ulterior. De altfel, este cunoscut faptul că formele medii, uşoare şi liminare ale deficienţei de intelect au fost decelate, ca atare, mai târziu, odată cu declararea obligativităţii, pentru toţi copiii a învăţământului primar, iar apoi şi a celui gimnazial.

Personalitatea, ca sistem, include organismul individual, structurile psihice umane, relaţiile sociale în care este inclusă persoana, înzestrarea culturală de care aceasta beneficiază (**G. Allport, P.P. Neveanu**). Astfel, personalitatea este un sistem bio-psiho-socio-cultural.

Specificul uman se regăseşte în fiecare dintre nivelurile personalităţii. În plan biologic, individul devine om pentru că este astfel programat prin ereditatea speciei, în plan psihosocial el dispune de un potenţial uman nativ şi este constituit din blocuri unitare: *psihosomatic, psihosocial, psihocultural şi psihomoral*.

Personalitatea, ca model general uman, se caracterizează prin:

- apartenenţa la specia umană;
- calitatea de fiinţă socială, de membru al unei societăţi;
- calitatea de fiinţă conştientă, dotată cu gândire şi voinţă;
- participarea la cultură, dotarea cu valori şi orientarea după valori;
- potenţialul creativităţii.

Având în vedere toate aceste caracteristici generale, personalitatea este întotdeauna, prin particularităţile sale, *unică şi originală*.

In limbajul obişnuit, este utilizată, uneori, o serie de termeni, cum ar fi: individ, individualitate, persoană, personaj, care se confundă , de către unii, cu cel de personalitate. De fapt, prin sensul lor real, termenii respectivi sunt doar mai mult sau mai puţin apropiaţi de sensul cuvântului „personalitate”. Astfel:

„***Individul*** se defineşte ca fiind totalitatea însuşirilor biologice (ereditare sau dobândite) care asigură adaptarea la mediul natural.” (**M. Zlate**, 1994, pag. 232).

Golu M. (2005, pag. 645) defineşte, la rândul său, individul ca fiind „acea totalitate a insuşirilor fizice, biochimice şi psihofiziologice – înnăscute sau dobândite – care se integrează într-un sistem pe baza mecanismului adaptării la mediu”.

Analizând aceste definiţii, constatăm faptul că termenul de individ, implică o serie de caracteristici estenţiale: se referă la un produs determinat, exclusiv biologic, deci este o noţiune care poate fi aplicată tuturor organismelor vii, fără aprecieri de ordin calitativ şi este cel care presupune adaptarea la mediu.

Zlate, M. (1994, pag. 233) arată că „***individualitatea*** este individul cu organizarea sa specifică, diferenţiată, irepetabilă şi ireductibilă. Noţiunea se foloseşte pentru a desemna organizări complexe”. Din această definiţie putem desprinde indeea că individualitatea este individul cu toate proprietăţile sale distincte şi originale.

M. Golu (2005) apreciază că noţiunea de ***persoană*** este legată de o manifestare a omului într-o situaţie socială dată, manifestare care se subordonează unui anumit rol. Persoana poate fi considerată ca fiind corespondentul în plan social al individului în plan biologic. De asemenea, persoană este considerată individul cu o viaţă psihică constituită, superioară şi conştientă (**M. Zlate**, 1994). Astfel, termenul de persoană este un atribut aplicabil doar omului.

Există o serie de autori care consideră că noţiunea de persoană nu este aplicabilă oamenilor în general, ci doar acelora care sunt normal dezvoltaţi din punct de vedere psihic. Rezultă că bolnavilor psihic (inclusiv persoanelor cu deficienţe) sau copiilor la naştere nu li se poate acorda atributul de persoană. În ceea ce ne priveşte, nu împărtăşim, în totalitate, acest punct de vedere, cu privire la deficienţii de intelect. Până la declanşarea

şi valorificarea, mai mult sau mai puţin evidentă, a procesului terapeutic/recuperator, prin educaţie şi învăţare adaptate particularităţilor lor, aceştia reprezintă „indivizi cu handicap". La finalul reuşit al unui asemenea proces terapeutic complex şi integrat activităţilor şcolare, deficientul de intelect poate deveni beneficiar al unui act de recuperare, deci **o persoană compensată** şi integrată, mai mult sau mai puţin eficient, grupului social din care face parte. Nu însă, în sensul acordat de G. Allport „personalităţii" umane, ca entitate bio-psiho-socio-culturală şi morală a persoanei/ individului uman.

După **M Zlate,** ***personalitatea*** este persoana, plus o notă de valoare, cu alte cuvinte, „organizarea superioară a persoanei" (1994, pag. 233). Rezultă că, dacă noţiunea de persoană se referă la forma fundamentală a fiinţei umane, atunci personalitatea reprezintă totalitatea însuşirilor individuale, care îl diferenţiază pe omul concret de semenii săi.

Referitor la utilizarea noţiunii de personalitate, atunci când este vorba de persoane cu deficienţe de intelect, în literatura de specialitate putem întâlni mai multe puncte de vedere. O primă tendinţă, întâlnită, este aceea că, în cazul lor, nu se poate vorbi de personalitate, datorită imposibilităţii de a surprinde toate acele caracteristici care sunt proprii personalităţii normale. Cu toate acestea, există o serie de autori, printre care **R. Perron, E. Verza** ş.a., care apreciază că este, totuşi, necesar să se vorbească despre personalitate, inclusiv la deficientul de intelect şi, mai ales, despre posibilităţile de modelare a acesteia, in anumite limite, prin intermediul procesului educativ şi recuperativ-compensator. Luând în considerare existenţa însuşirilor personalităţii, odată cu recunoaşterea dependenţei evoluţiei acestor însuşiri de dezvoltarea celorlalte structuri psihice, autorii citaţi apreciază că personalitatea deficientului de intelect se dezvoltă într-un context specific, adică în prezenţa stării de handicap.

Referitor la problematica deosebirilor existente între personalitatea deficientului de intelect şi cea a normalului, într-un studiu publicat în anul 1991 şi reluat, ulterior, în anul 2010, **E. Verza** arată că deficientul de intelect, se deosebeşte prin două caracteristici dominante şi anume: sugestibilitatea şi anxietatea, caracteristici negative prin modul şi tipul de manifestare.

Acelaşi autor a evidenţiat existenţa unei energii psihice, probabil de origine ereditară[9], ca fiind elementul fundamental în explicarea caracteristicilor concrete ale personalităţii atât la copilul normal, cât şi la cel cu deficienţă de intelect. În concepţia autorului citat, acest „nucleu ereditar al energiei psihice" trimite şi primeşte influenţe către şi de la diferitele sfere ale personalităţii: sfera afectivităţii, sfera trebuinţelor, sfera comunicaţională şi sfera comportamentală. În funcţie de manifestările comportamentale ale individului, determinate de aceste influenţe, are loc o tensionare sau o detensionare a personalităţii, concretizată în următoarele patru tipologii:

- personalitate matură;
- personalitate imatură;
- personalitate armonică;
- personalitate dizarmonică.

[9] În lucrările citate mai sus (publicate în anii 1991 şi 2010) **E. Verza** foloseşte termenul „nucleu ereditar al energiei psihice"

Trăsăturile specifice personalității imature și cele specifice personalității dizarmonice sunt predominante la deficientul de intelect, ceea ce face ca personalitatea acestuia să fie bulversată, mai puțin previzibilă.

Formarea personalității la deficientul de intelect are loc, astfel, în condițiile prezenței unor abateri de la starea de normalitate, sub mai multe aspecte: psihomotor, de limbaj, al dinamicii dezvoltării, al dinamicii corticale, al capacităților intelectuale, afective și volitive. Toate aceste abateri se reflectă într-o serie de trăsături, care fac ca persoanele cu deficiențe de intelect să fie mai puțin eficiente în sensul adaptării și al aportului pe cacre-l aduc la viața socială. Aceste trăsături ale persoanelor cu deficiențe de intelect sunt:

- *dizmaturația* (întârzieri în dezvoltare, infantilism);
- *dizarmonia* (inegalitate, dizritmie, dezorganizare);
- *rigiditate* (inerție);
- *fragilitate* (inconsecvență, instabilitate, ineficiență).

Aceste trăsături se manifestă pregnant, mai ales în contactul deficientului de intelect cu mediul social, drept consecință fiind puternic afectate: comportamentul de adaptare, raporturile de comunicare, raportul dintre conduită și limbaj, raportul dintre limbaj și activitatea practică.

1. Temperamentul ***reprezintă,*** după Aalport, ***latura dinamico-energetică a personalității.*** O numim latură dinamică, deoarece se referă la cât de rapidă sau de lentă, cât de mobilă sau inertă este conduita unui anumit individ. De asemenea, o numim latură dinamică deoarece reflectă cantitatea de energie de care dispune individul. Temperamentul este latura cea mai vizibilă a personalității și se manifestă direct și nemijlocit în întreaga conduită a individului.

De-a lungul timpului, au existat mai multe modalități de clasificare a tipurilor temperamentale. În funcție de criteriul de la care s-a plecat, au fost definite mai multe tipologii temperamentale. Astfel, în tipologiile temperamentale substanțialiste (după **Hipocrate** și **Galenus**) – se consideră că temperamentul este determinat de amestecul umorilor pe care le conține organismul. În tipologiile constituționale (după **E. Kretschmer**) – se pleacă de la un ansamblu de măsurători antropometrice în stabilirea tipurilor temperamentale; În tipologiile psihofiziologice, se pornește de la considerarea concomitentă atât a unor dimensiuni obiective, cât și a unora subiective (cea mai cunoscută fiind tipologia lui **I. P. Pavlov**, care a studiat tipurile de activitate nervoasă superioară evidențiind prezența proceselor de excitație și inhibiție în scoarța cerebrală). În tipologiile psihologice – dintre acestea cele mai cunoscute fiind cele elaborate de **C.G. Jung**, care a plecat de la observarea orientării personalității către interior (introvertit) sau către exterior (extravertit) și cea elaborată de **H. Eysenk**, care preia dimensiunea extraversie-introversie de la Jung și adaugă o nouă dimensiune – a nevrotismului, care se referă la stabilitatea/instabilitatea psihocomportamentală.

Pentru a determina tipul temperamental, este necesar să ne referim la tipul de activitate nervoasă superioară, deoarece temperamentele sunt expresii ale particularităților

proceselor nervoase fundamentale, şi anume ale excitaţiei şi inhibiţiei care se întrepătrund şi se intercondiţionează.

Datorită particularităţilor activităţii nervoase superioare la deficientul de intelect sunt prezente numeroase manifestări specifice, care determină, în portretele lor temperamentale, o serie de accentuări, de diminuări sau de suprimări ale unor însuşiri.

Astfel, analizând clasificarea temperamentelor, realizate de **Eysenk**, care corelează nivelul nevrotismului (stabil/instabil) cu orientarea predominantă către lumea exterioară sau interioară, putem face o comparaţie a profilurilor temperamentale la copilul dezvoltat normal şi la cel cu deficienţă de intelect. Această analiză include, de asemenea, şi implicarea caracteristicilor activităţii nervoase superioare (forţă, mobilitate, echilibru)în determinarea temperamentelor şi, mai ales, a modificărilor acestora la deficienţii de intelect.

a. Sub aspectul celor trei caracteristici – forţa, mobilitatea, echilibrul – ***temperamentul coleric***, la persoanele cu intelect normal, este puternic, neechilibrat, mobil. La persoanele cu inteligenţă normal dezvoltată, el este caracterizat prin următoarele atribute: reactiv, neastâmpărat, agresiv, excitabil, schimbător, activ.

De asemenea, din punct de vedere al reactivităţii, colericul este caracterizat printr-o mare capacitate de reacţie. Există, însă, şi o reactivitate patologică ce se exprimă, la deficientul de intelect, prin reacţii inadecvate, diferite atât din punct de vedere cantitativ, cât şi calitativ, împiedicând adaptarea. Din acest punct de vedere, deficientul de intelect se caracterizează printr-o reactivitate patologică, reacţiile lui fiind, adesea, izbucniri cu caracter episodic.

Persoanele colerice se caracterizează, de asemenea, prin „neastâmpăr", nelinişte, agitaţie, trăsătură care tinde să se accentueze la deficientul de intelect. Această exagerare a neliniştii la deficientul de intelect decurge, oarecum, din reactivitatea exagerată a acestuia, precum şi din caracteristica de excitabilitate crescută a activităţii nervoase superioare. Această particularitate nu caracterizează, însă, pe toţi deficienţii de intelect, ci doar pe aceia la care predomină excitaţia, ca proces nervos fundamental (deficienţii de intelect excitabili). Spre deosebire de aceştia, cei la care predomină inhibiţia se caracterizează printr-un comportament torpid (adică prin dezinteres, neimplicare, somnolenţă).

O caracteristică întâlnită, frecvent, la persoanele cu temperament coleric este agresivitatea. În literatura de specialitate există mai multe teze referitoare la agresivitate: **K Lorentz**, spre exemplu, susţine că agresivitatea este un rezultat al învăţării acestui comportament, psihanaliştii considerând agresivitatea ca un rezultat al frustrării, **E. Fromm** susţine că, la om, există o agresivitate specifică, manifestată prin tendinţe distructive, alţi autori pun accentul pe caracterul instinctiv al agresivităţii. Pornind de la ideea că agresivitatea este un rezultat al învăţării (şi mai ales al învăţării prin imitaţie), putem considera că această caracteristică a temperamentului coleric se manifestă mai accentuat la deficientul de intelect, pe de-o parte datorită contextelor situaţionale în care aceştia trăiesc, iar pe de altă parte, sentimentului de frustrare afectivă.

Lipsa de statornicie, caracterul schimbător – însuşire pe care o regăsim la persoanele colerice – tinde să fie mult mai evidentă la deficienţii de intelect cu acest temperament. Colericul cu deficienţă de intelect ne apare ca fiind: instabil, schimbător,

din punct de vedere afectiv şi psihomotor. În plus, instabilitatea sa se constată şi în alternanța dintre stările de entuziasm şi cele de abandon, de decepție.

O altă caracteristică întâlnită la persoanele cu temperament coleric este activismul. Persoana colerică se implică efectiv în activități. Colericul, deficient de intelect, se implică şi el activ, în anumite activități practice ca, de exemplu, în cele de autoservire şi de pregătire pentru muncă. Activismul său este, însă, de cele mai multe ori, inconstant, uneori chiar haotic, în astfel de situații provocând dereglări în activitățile de grup, inclusiv în activitățile ludice şi de muncă în comun.

Colericul cu deficiență de intelect este, deci, excitabil şi, instabil, adesea fiind inegal în manifestările sale, manifestând nerăbdare, pripeală sau dimpotrivă, indiferență, dezinteres şi chiar indolență în comportamente şi atitudini. Comportamentul său se caracterizată prin oscilații între entuziasm şi stare de abandon, decepție, de repliere în sine. Sunt oameni neliniştiți, predispuşi la furie violentă, cu exagerarea ostilității față de ceilalți. În comparație cu normalul coleric, la deficientul de intelect coleric sunt mai accentuate unele însuşiri negative ca, de exemplu, neastâmpărul, agresivitatea, excitabilitatea, instabilitatea.

b. Temperamentul sangvinic; copilul normal dezvoltat, având acest temperament, este puternic, echilibrat, mobil. Persoanele cu temperament sangvinic sunt sociabile, stabilesc cu uşurință relații cu cei din jur, sunt comunicativi, săritori, permanent gata să ofere ajutor; sunt persoane pline de haz, spirituale, vesele, pline de viață, au spirit de grup, dezvoltă tendințe de solidaritate cu grupul şi acționează în interesul acestuia; au aptitudini de conducere, fiind, de multe ori, lideri în cadrul grupului de care aparțin.

La deficienții de intelect cu temperament sangvinic, aceste trăsături se manifestă, adesea, diferit, atât din punct de vedere calitativ, cât şi din punct de vedere al frecvenței, cu care se manifestă. Astfel, sociabilitatea, ca trăsătură temperamentală, este prezentă şi la deficientul de intelect sangvinic, însă nu se manifestă accentuat (aşa cum se poate constata la multe dintre trăsăturile specifice temperamentului coleric), ci, dimpotrivă, apare chiar diminuată, datorită frecventelor momente în care manifestă ostilitate față de cei din jur, relațiile interpersonale devenind instabile.

Deficientul de intelect cu temperament sangvinic poate fi hazliu, poate fi chiar vesel şi nu doar ostil. Cu toate acestea, el nu are umor, nu este spiritual. De cele mai multe ori, umorul, la deficientul de intelect, este bazat pe imitarea comportamentului altora, dar, adesea, neadecvat situațiilor concrete în care el se află în momentul dat. Aceasta se datorează lipsei sale de înțelegere şi, mai ales, datorită slabei lui capacități de adaptare.

Situații similare întânim şi în cazul celorlalte trăsături ale temperamentului sangvinic la deficientul de intelect, de exemplu, în manifestarea spiritului de grup şi a aptitudinii de conducere. Cu toate acestea, în anumite circumstanțe, ei pot demonstra solidaritate, chiar dacă nu îşi conştientizează sensul comportamentului propriu. Referitor la aptitudinile de conducere, acestea nu se întâlnesc la deficienții de intelect, cu toate că şi la ei putem observa o anume organizare ierarhică în cadrul grupului. Criteriile după care şi deficienții de intelect, cu temperament sangvinic, recunosc calitatea de lider a unui grup sunt vârsta, în strânsă legătură cu forța fizică.

În concluzie, sangvinicul cu deficienţă de intelect este diferit de cel normal, el nefiind nici vioi, nici rapid şi nu prezintă nici un grad de adaptabilitate promptă. Dimpotrivă, el este precipitat, inconsecvent şi are un grad ridicat de labilitate afectivă. Toate aceste trăsături temperamentale ne duc la ideea că temperamentul sangvinic la deficientul de intelect este mult estompat faţă profilul temperamentului sangvinic al persoanelor normale.

c. Temperamentul flegmatic, la persoanele cu dezvoltare normală, este puternic, echilibrat, inert. Flegmaticul se caracterizează prin pasivitate, lipsă de interes, lipsă de iniţiativă, persoanele flegmatice fiind grijulii, îngândurate, paşnice, controlate, stăpâne pe sine, demne de încredere, calme. Aceste trăsături care conturează profilul temperamentului flegmatic normal se manifestă diferit la deficienţii de intelect.

Pasivitatea, ca trăsătură temperamentală, este caracteristică majorităţii deficienţilor de intelect, mai ales la aceia la care predomină inhibiţia, ca proces nervos fundamental. Drept urmare, pasivitatea este evidentă în majoritatea activităţilor în care aceştia sunt antrenaţi.

O persoană cu intelect normal, grijulie, ca trăsătură a temperamentului flegmatic, este plină de atenţie, de grijă faţă de celilalţi, este prudentă şi prevăzătoare. La deficientul de intelect nu putem vorbi de această trăsătură deoarece el este neglijent sub toate aspectele comportamentului său, raportat atât la sine, cât şi la ceilalţi.

În anumite situaţii, când deficientul de intelect flegmatic este preocupat de ceva anume, el poate fi îngândurat, mai ales atunci când apare un element frustrant sau când doreşte să înţeleagă ceva neclar. Cu toate acestea, îngândurarea, ca trăsătură temperamentală, nu devine predominantă şi caracteristică pentru profilul său psihologic.

O situaţie particulară o constatăm şi în cazul stăpânirii de sine, în sensul că deficientul de intelect flegmatic este, totuşi, necenzurat în satisfacerea trebuinţelor imediate, reacţiile sale fiind impulsive, lipsite de control. De asemenea, nu putem afirma că deficientul de intelect este liniştit, temperat. Cu toate acestea, la deficienţii de intelect, la care predomină inhibiţia corticală în detrimentul excitaţiei, se întâlnesc momente în care ei sunt trişti, izolaţi, liniştiţi. Aceste momente de linişte sunt, însă, rezultate ale unor situaţii speciale, dar trecătoare, pe care nu le putem considera trăsături temperamentale.

În concluzie, flegmaticul cu deficenţă de intelect este o persoană exagerat de lentă în tot ceea ce face. Caracteristic flegmaticului este introversia şi comunicativitatea redusă care, la deficientul de intelect flegmatic, se transformă în tendinţă de izolare şi evitare a persoanelor din jur.

d. Temperamentul melancolic

Caracteristică pentru temperamentul melancolic, atât la persoanele fără deficienţe, cât şi la cele cu deficienţe de intelect este o anume lipsă de energie. Dintre manifestările acestui temperament amintim întristarea, care, la deficientul de intelect se poate accentua în condiţiile predominării inhibiţiei la nivel cortical. Aceştia sunt apatici, demobilizaţi, lipsiţi de încredere.

Anxietatea, manifestată prin nelinişte, teamă şi îngrijorare nemotivată, în absenţa unor cauze care ar putea să le provoace, este, o trăsătură temperamentală caracteristică normalului melancolic, dar care se regăseşte şi la deficientul de intelect. **E. Verza** (1991)

a demonstrat că anxietatea, alături de sugestibilitate, sunt trăsături prezente, adesea, la deficienţii de intelect, în jurul cărora se grupează celelalte trăsături.

Rigiditatea, ca trăsătură a temperamentului melancolic, manifestată prin lipsă de flexibilitate, intransigenţă este prezentă la persoanele normale cu temperament melancolic. La deficientul de intelect, înţelegem, prin rigiditate, o anumită inerţie patologică specifică care guvernează întreaga personalitate. În achimb, sobrietatea, ca trăsătură specifică normalului melancolic, nu se regăseşte la deficientul de intelect.

O altă trăsătură a temperamentului melancolic, dar care se accetuează la deficienţii de intelect, este nesociabilitatea. Aceştia, în general, au momente în care se repliază către sine astfel încât este dificilă relaţionarea cu ei.

În concluzie, melancolicul cu deficienţă de intelect este caracterizat printr-un tonus scăzut şi reduse disponibilităţi energetice, uneori chiar mai accentuate comparativ cu melancolicul normal. Datorită lipsei de energie, este evidentă tendinţa lor spre stări depresive, dar nu în condiţii de solicitări crescute ca la normal deoarece deficientul de intelect nu conştientizează stresul, ocolindu-l prin fuga de efort ce-l caracterizează.

2. Aptitudinile – latura instrumental-operaţională a personalităţii

Termenul de aptitudine poate fi folosit într-o accepţiune lărgită, dar şi într-una restrânsă. În sens larg, aptitudinea exprimă „potenţialul adaptativ general al individului uman, pe baza căruia el reuşeşte să facă faţă mai mult sau mai puţin bine multitudinii situaţiilor şi solicitărilor externe şi să-şi satisfacă stările de necesitate". În sens restrâns termenul de aptitudine „desemnează un asemenea potenţial instrumental-adaptativ, care permite celui ce-l posedă realizarea, într-unul sau mai multe domenii de activitate recunoscute social, a unor performanţe superioare mediei" (**M. Golu**, 2005, pag. 690)

Prin urmare, aptitudinile sunt subsisteme operaţionale ale personalităţii , superior dezvoltate, care mijlocesc performanţe supramedii în activitate. Termenul sinonim folosit, de regulă este acela de capacitate. Cu toate acestea se impune să facem distincţie între aptitudine şi capacitate. Aptitudinea rezultă dintr-un potenţial înnăscut, care se realizează plenar prin învăţare şi efort conştient, în timp ce capacitatea este o aptitudine împlinită, realizată prin exerciţiu intens, prin învăţare eficientă şi consolidată în deprinderi de mare eficienţă.

Evident că, în cazul deficienţilor de intelect, este imposibil să vorbim despre performanţe supramedii, în comparaţie cu performanţele unui eşantion de persoane cu intelect normal. Fără îndoială că asemenea „capacităţi" de a obţine performanţe supramedii se pot forma şi la unii deficienţi de intelect, prin exerciţiu, dar numai în anumite sectoare ale profilului lor psihologic heterocronic şi, mai ales, la anumite categorii etiologice (însă nu putem vorbi despre performanţe supramedii în domeniul celei mai generale aptitudini şi anume inteligenţa). Putem vorbi despre anumite performanţe peste medie, făcând comparaţia cu acelaşi tip de populaţie (deficienţi de intelect). Datorită dezvoltării inegale, deficienţii de intelect sunt foarte diferiţi între ei, prezentând anumite laturi mai bine reprezentate în propriul profil psihologic heterocronic.

Ştiind că aptitudinile se clasifică în elementare sau simple şi complexe, la deficientul de intelect putem vorbi despre eventuala prezenţă a unor aptitudini

elementare, ceea ce pot şi, mai ales, trebuie implicate în procesul compensator-recuperator-adaptativ. Există unii deficienți de intelect cu o anumită înclinație spre activități manuale, cu o capacitate relativ bună de concentrare timp mai îndelungat într-o anumită activitate, de reproducere a unor modele, de memorare mecanică, iar acestea trebuie utilizate maximal în procesul intsructiv-educativ.

Mariana Roşca (1967, pp. 215-218) arată că unii defcienți de intelect pot ajunge la performanțe aparent excepționale, nu doar în comparație cu cele ale altor deficienți de intelect, ci chiar cu ale unora fără asemenea deficiențe. Acest fenomen apare mai ales în cazurile de hipermnezii. Analiza activității acestor deficienți arată că, datorită absenței capacității de abstractizare şi generalizare, chiar într-un domeniu practic, ei nu se ridică la acel nivel creator specific aptitudinilor autentice. Analizând cazurile prezentate de autoare, se poate observa faptul că aspectele care ajung la o dezvoltare excepțională sunt relativ limitate la memorarea de cifre şi cuvinte, calcul elementar, reproducerea unor melodii etc.

De asemenea, autoarea citată aminteşte că, în afara cazurilor de aşa-zişi „idioți savanți" se mai întâlnesc copii cu deficiență de intelect, care au realizări peste nivelul uzual al celorlalți deficienți, dar care nu sunt la fel de spectaculoase. Cazurile „idioților savanți" sunt, de fapt, mai mult curiozități, iar explicația lor poate fi găsită în existența unor *profiluri heterocronice foarte accidentate*, cazuri de deficiență de intelect exogenă (patologică) la care eficiența intelectuală este scăzută la nivelul deficienței severe datorită unor pierderi masive în anumite zone, în altele, însă, existând anumite elemente mai bine păstrate, dar foarte înguste şi atât de limitate, încât sunt ineficiente într-un proces de adaptare nedirijat din exterior.

3. Caracterul – latura relațional-valorică a personalității

Ca latură relațional-valorică a personalității, caracterul poate fi definit ca „un ansamblu închegat de atitudini, care determină un mod relativ stabil de orientare şi raportare a omului la ceilalți semeni, la societate în ansamblu şi la sine însuşi" (**M. Golu**, 2005, pag. 679).

Dacă temperamentul reprezintă firea înnăscută a omului, atunci caracterul reprezintă un ansamblu de atitudini şi valori. Comparativ cu temperamentul, caracterul reprezintă o instanță de control şi valorificare, iar la deficienții de intelect inclusiv de compensare. Prin urmare, dacă temperamentul este nativ şi, de regulă, nu se modifică prin educație ci doar se „ajustează", se „echilibrează", caracterul se educă. De fapt, pornind de la trăsăturile temperamentale, caracterul se modelează, dând „culoare"fiecărei personalități. Este evident că, în cazul copiilor cu deficiență de intelect, procesul de educație compensatorie trebuie să vizeze *formarea unor trăsături caracteriale pozitive, care să faciliteze integrarea lor socială.* Astfel, orientarea educativ-compensatorie, ca principiu al educației speciale, trebuie să vizeze, în primul rând, modelarea trăsăturilor pozitive de caracter şi, paralel cu acestea, inhibarea unor reacții temperamentale nestăpânite, care, în contextul unei educații greşite sau a unei lipse de educație, se pot consolida şi dezvolta ca trăsături caracteriale negative.

Definind caracterul ca un ansamblu de atitudini, trebuie să-l punem în relaţie şi cu aptitudinile. Acestea se realizează prin trăsăturile de caracter, în ultimă instanţă, prin aptitudini şi comportamente. În acest sens, poate exista o discordanţă între nivelurile atitudinale şi aptitudinale, aşa cum se poate constata şi o dezvoltare superioară a acestora.

În cazul deficienţilor de intelect, echilibrarea personalităţii, compensarea parţială a unor inaptitudini poate fi realizată prin modelarea unor trăsături pozitive de caracter: perseverenţa, hărnicia, modestia, receptivitatea la sfaturi pozitive, rezistenţa faţă de influenţele negative etc. Ca urmare, sărăcia aptitudinală proprie deficientului de intelect poate fi parţial compensată prin formarea unor *atitudini corecte şi stabile.* Acesta este unul dintre obiectivele centrale ale orientării crectiv-formative şi compensatorii în educaţia deficienţilor de intelect. Desigur, calea principală de realizare a acestui obiectiv este exerciţiul perseverent, desfăşurat în contexte sociale variate. De asemenea, socializarea, la această categorie de deficienţi, îşi propune să formeze, în contact cu mediul social, atitudini corespunzătoare, care să se reflecte într-un comportament civilizat.

Desigur, sistemul atitudinal al unui individ este în strânsă legătură nu numai cu capacităţile sale intelectuale, ci şi cu particularităţile şi disponibilităţile sale afective şi volitive.

În continuare, ne vom referi la acele particularităţi ale caracterului care, prin modul de a se manifesta la fiecare individ, definesc profilul său caracterial:

- *unitatea caracterului* – capacitatea persoanei de a nu-şi modifica, în mod esenţial, conduita în raport cu circumstanţele. După cum se ştie, la deficientul de intelect conduita este puternic influenţată de rigiditatea reacţiilor, dar, în acelaşi timp, ea este puternic influenţată de context. De aceea, la deficientul de intelect, pe lângă preocuparea de a forma deprinderi stabile de conduită, trebuie să asigurăm permanent supravegherea şi controlul conduitei;
- *originalitatea caracterului* – nota distinctivă a persoanei (în atitudini şi conduită) în raport cu alte persoane. La deficientul de intelect, este necesar să acordăm o atenţie deosebită, în sensul de a nu consolida un comportament negativ, dar care poate fi considerat original, de către persoane neavizate;
- *bogăţia caracterului* rezultă din multitudinea relaţiilor pozitive ale individului cu societatea, mai ales în contextul activităţilor predominante (munca, la adulţi şi jocul, la copii). La deficienţii de intelect caracterul este adesea sărac, mai ales datorită sărăciei relaţiilor dintre aceştia;
- *statornicia caracterului* este o trăsătură morală, formată prin exerciţiu şi în contextul unei moralităţi superioare;
- *plasticitatea caracterului* – capacitatea de adaptare la noile condiţii obiective apărute în realitate, posibilitatea de a te desprinde de principii, care şi-au pierdut valabilitatea ori s-au dovedit a fi false. La deficientul de intelect, această trăsătură trebuie îndelung exersată, deoarece el este, prin definiţie, un instabil şi un rigid; el trebuie învăţat să se adapteze la nou, dar să renunţe la comportamente aberante;
- *tăria de caracter* – rezistenţa la acţiuni şi influenţe contrare scopurilor şi convingerilor proprii. Această particularitate nu se referă la încăpăţânarea

absurdă, de aceea deficientul de intelect trebuie învăţat să-şi respecte propriile conduite pozitive, fără a se încăpăţâna în comportamente absurde.

Un obiectiv important al educaţiei copiilor cu deficienţe de intelect, orientate terapeutic-compensator, îl reprezintă, prin urmare, antrenarea şi consolidarea, pe cât posibil, la aceştia, a unor asemenea trăsături caracteriale pozitive.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

ARCAN, P., CIUMĂGEANU, D., 1980, *Copilul deficient mintal*, Ed. Flacăra, Timişoara.

BRATU, MARILENA, 2008, „Unele particularităţi ale personalităţii puberilor şi adolescenţilor cu debilitate mintală", în: *Revista de Psihopedagogie*, nr. 2, Bucureşti.

CARANTINĂ, D., 2002, *Dinamica relaţiei dintre tulburările de limbaj şi dizabilităţile psihomotorii*, teză de doctorat, Universitatea din Bucureşti.

Declaraţia de la Salamanca şi direcţiile de acţiune în domeniul educaţiei speciale, 1995, UNICEF – România.

DSM-IV, 2003, *Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale*, ediţia a IV-a; coord. ştiinţific Romilă A.; ed. A.P.L. – România Bucureşti.

GOLU, M., 2005, *Bazele psihologiei generale*, Ed. Universitară, Bucureşti.

GONEEV, A.D. ş.a., 2004, *Osnovî korrecţionnoi pedagoghiki* (*Bazele pedagogiei creative*), Ediţia a III-a, Ed. Akademiia, Moskva.

GUDONIS, V., PUZANOV, B.P. (sub red.), 2007, *Defektologhiceskii slovan* (*Dicţionar de defectologie*) Moskva-Voronej.

IONESCU, Ş., 1975, *Adaptarea socioprofesională a deficientului mintal*, Ed. Academiei, Bucureşti.

INHELDER, B., 1963, *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*, Ed. Delachaux et Niestlé, 2-e édif. Neuchâtel.

JASPER, H., 2006, „Assessment of special educational needs in Denmark", în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 2, Ed. Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.

KULKSAR, T., 1978, *Factorii psihologici ai reuşitei şcolare*, EDP, Bucureşti.

LURIA, A.R., 1960, *Unestvennootstalâi rebenok* (*Copilul înapoiat mintal*), A.P.N. Moskva.

NICOLESCU, FLORICA., 2010, *Mamă, ajută-mă să cresc*, Ed. Sigma, Bucureşti.

PERRON, R., trad., 1979, „Deficienţa mintală şi reprezentarea de sine", în Zazzo R. (coord.) *Debilităţile mintale*, EDP, Bucureşti.

PEVZNER, M.S., 1959, *Deti oligoferenî* (*Copii oligofreni*), Ed. A.P.N., Moskva.

POPOVICI, D.V., 1999, *Elemente de psihopedagogia integrării*, Ed. Pro-Humanitate, Bucureşti.

POPOVICI, D.V., 2000, *Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficienţe mintale*, Ed. Pro-Humanitate, Bucureşti.

PUFAN, C., 1969, „Imobilitatea structurilor verbale memorate contextual şi dezvoltarea gândirii la copiii cu debilitate mintală", în *Revista de Pedagogie*, nr.2, Bucureşti.

PUZANOV, B.P., sub red., 2001, *Obuceniie detei s naruşeniiami inntellectualnogo razvitiia* (*Instruirea copiilor cu tulburări ale dezvoltării intelectuale*), Ed. Akademiia, Moskva.

RADU, GH., 1991, „Moment important în procesul dezvoltării sistemului de educaţie specială pentru handicapaţi mintal", în *Revista de Educaţie Specială*, nr. 1, Bucureşti.

RADU, GH., coord., 1999, *Introducere în psihopedagogia şcolarilor cu handicap*, Ed. Pro-Humanitate, Bucureşti.

RADU, GH., 1991, „Contradicţii ale sistemului actual de învăţământ pentru handicapaţi mintal", în *Revista de Educaţie Specială*, nr. 1, Bucureşti.

RADU, GH., 1997, „Valenţe compensatorii ale abordării operaţional-anticipative a handicapaţilor mintal, în perspectivă piagetiană şi vâgotskiană", în *Revista de Psihologie*, tom 43, Bucureşti.

RADU, GH., TOTOLAN, D., PERŞA, A., 2008, „Studiu catamnestic al situaţiei post-şcolare a unor absolvenţi ai învăţământului special", în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 2, Bucureşti.

RADU, I., 1976, „Principii metodologice în elaborarea şi utilizarea probelor psihologice", în *Îndrumător psihologic*, vol. II, Univ. Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca.
RADU, I.D., 2000, *Educaţia psihomotorie a deficienţilor mintal*, Ed. Pro-Humnitate, Bucureşti.
RADU, I.D., 2009, „50 de ani de învăţământ profesional special românesc pentru persoane cu dizabilităţi intelectuale", în *Revista de Psihopedagogie*, nr.2, Bucureşti.
ROŞCA, AL., 1930, *Măsurarea inteligenţei şi debilitatea mintală*, Tip. „Cartea Românească", Cluj-Napoca.
ROŞCA, AL., 1936, *Orientarea profesională a anormalilor*, Ed. Institutului Psihologic, Cluj-Napoca.
ROŞCA, MARIANA, 1965, *Specificul deficienţelor psihice dintre copiii întârziaţi mintal şi cei normali*, EDP, Bucureşti.
ROŞCA, MARIANA, 1967, *Psihologia deficienţilor mintali*, EDP, Bucureşti.
ROTH, SYAMOSKÖZI, A., 1998, *Activarea funcţiilor cognitive în copilăria mică*, Ed. Presa universitară, Cluj-Napoca.
RUSU, C., (2004), „Prioritatea activităţilor preventive în recuperare, educaţie şi integrare", în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 1, Bucureşti.
STOICIU, E. M., 1976, „Particularităţi fizice ale elevilor debili mintal", în Radu Gh., Stoiciu M.E. *Unele particularităţi ale învăţământului pentru debili mintal*, EDP, Bucureşti.
UNGUREANU, D., 1998, *Copii cu dificultăţi de învăţare*, EDP, Bucureşti.
VÂGOTSKI, L.S., 1934, trad. 1971-1972), *Opere psihologice alese*, vol. I-II, EDP, Bucuureşti.
VÂGOTSKI, L.S., 1983, „Osusvî defectologhii (Bazele defectologiei)", în *Sobsanie socinenii* (*Opere*), tom V, Ed. Pedagoghika, Moskva.
VERZA, E., 1991, „Dimensiunea personalităţii la handicapaţi", în *Revista de Educaţie Specială*, nr.1, Bucureşti.
VERZA, E., 1993, „Psihopedagogia integrării şi normalizării", în *Revista de Educaţie Specială*, nr.1, Bucureşti.
VERZA, E., PĂUN, E., coord. 1998, *Educaţia specială a copiilor cu handicap*, UNICEF şi Asoc. RENINCO, Bucureşti.
VERZA, F.E., 2002, *Introducere în psihopedagogia specială şi în asistenţa socială*, Ed. Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.
VRĂSMAŞ, E., 2007, *Dificultăţi de învăţare în şcoală*, Ed. V&I Integral, Bucureşti.
VRĂSMAŞ, T., 2001, *Învăţământul integrat şi/sau incluziv*, Ed. Aramis, Bucureşti.
ZAZZO, R., 1969, trad. 1979, *Debilităţile mintale*, EDP, Bucureşti
ZLATE, M., 1999, *Psihologia mecanismelor cognitive*, Ed. Polirom, Iaşi.
ZLATE, M., 2000, *Fundamentele psihologiei*, Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.

CAPITOLUL V
SPECIFICUL PROCESULUI INSTRUCTIV - EDUCATIV ŞI DE RECUPERARE ÎN DEFICIENŢA / HANDICAPUL DE INTELECT

1. UNELE ASPECTE ALE ORGANIZĂRII UNITĂŢILOR DE EDUCAŢIE ŞI RECUPERARE A DEFICIENŢILOR / HANDICAPAŢILOR DE INTELECT

a. Organizarea învăţământului special şi integrat, pentru persoane cu deficienţe de intelect, în Statele Unite

Educaţia şi învăţământul special din SUA, pentru persoane cu deficienţe de intelect şi stări consecutive de handicap, au cunoscut o dezvoltare accelerată şi au devenit eficiente, mai ales după al doilea război mondial, când un număr de familii s-au organizat în grupuri reprezentative, care să pledeze, mai întâi pentru cei reveniţi de pe front cu stări de invaliditate, după care şi pentru alte categorii.

1. Printre organizaţiile de acest fel a fost *Asociaţia Americană a Deficienţei Mintale (A.A.M.D.)* care şi-a susţinut prima convenţie în anul 1947. Până la începutul anilor 1950, stimulate de *Mişcarea drepturilor civile*, s-au format şi alte asemenea organizaţii. Cea care a rămas, însă, în istorie, ca urmare a unui proces intentat statului, căruia i se cerea să asigure o educaţie optimă persoanelor cu handicap, într-un „mediu cât mai puţin restrictiv", a fost "*Asociaţia pentru Cetăţeni Retardaţi din Pensylvania*". În urma acestui proces, autorităţile locale au fost obligate să asigure persoanelor cu handicap (după Popovici, D.V., şi Verza, E.F., 2005, pag. 46)[1]:

- „o educaţie într-un mediu cât mai puţin restrictiv şi adecvat persoanelor în cauză;
- evaluări periodice a eficienţei programului educaţional;
- cadrul juridic de procedură".

---

[1] Doru Vlad Popovici şi Florin Emil Verza – cadre didactice universitare de prestigiu din România – au oferit, cu diferite ocazii (inclusiv în presa de specialitate) o descriere detaliată a modului de organizare a educaţiei speciale şi integrate a copiilor cu deficienţe şi dificultăţi de învăţare din SUA, descriere de care vom uzita şi noi în acest capitol, pentru a oferi o imagine comparativă a trei sisteme de educaţie specială: cel din Statele Unite, cel din Federaţia Rusă şi cel din ţara noastră. Desigur, deosebit de interesante sunt şi modelele din ţările nordice sau din alte state europene, ca Anglia, Spania, Italia ş.a. Acestea sunt însă bine cunoscute la noi, atât din bogata literatură de specialitate, tradusă, mai ales, prin organizaţia RENINCO, cât şi din numeroasele vizite de documentare ale unor reprezentanţi ai ţării noastre în ţările respective.

1.2. Principalele *etape,* care au marcat evoluția legislației americane, cu privire la educația și protecția socială a persoanelor cu handicap au fost (după Shea, M., T., și Bauer, A., M., 1994; precum și Ramsey, R., S., 2003; *apud* Popovici, D.V., și Verza, E.F., 2005, pag. 46) următoarele:

- *în anul 1975* a fost aprobată, de Congres, *Legea publică 94-142* sau legea privind „*Educația pentru toți copiii cu handicap*" prin care se asigura educație publică gratuită tuturor acestor copii cu handicap, servicii de sprijin pentru ei și familiile lor, precum și cadrul legislativ prin care se garantează aceste servicii, devenind astfel fundamentul legislativ pentru finanțarea educației speciale;
- *în 1983*, aceeași lege a fost extinsă pentru a include traininguri de formare a părinților și centre de informare la nivel de stat;
- *în 1986*, au fost adăugate programe de intervenție timpurie pentru sugari precum și servicii de educație pentru preșcolari;
- *în 1990*, serviciile au fost din nou extinse, iar legea a fost redenumită : „*Legea Educației Persoanelor cu Dizabilități (IDEA)*". De atunci și până acum, această lege a fost reautorizată și extinsă de nenumărate ori.

1.3. Conform legislației americane, o persoană cu dizabilități este „*orice persoană, care are o deficiență fizică sau mentală, ce îi limitează una sau mai multe funcții majore ale vieții și posedă un document care atestă această deficiență sau persoana respectivă este doar privită ca având o astfel de deficiență* ». (Ramsey, S., R., 2003, *apud* Popovici, D.V., și Verza, E.F., 2005, pag. 47)."

1.3.1. Printre *principiile fundamentale ce stau la baza sistemului de educație specială din SUA*, derivate din aceeași Lege pubică 94-142, se numără:

- *principiul incluziunii*, prin care se urmărește atât accesul nerestrictiv la școlile publice, cât și integrarea socială și profesională a persoanelor cu handicap;
- *principiul non-respingerii*, conform căruia toți copiii și tinerii cu handicap, având vârste cuprinse între 3 și 21 de ani, trebuie să beneficieze de acces gratuit la o educație publică adecvată;
- *principiul mediului celui mai puțin restrictiv*, având în vedere participarea la actul educațional al elevilor cu handicap, alături de cei normali;
- *principiul participării părinților* sau *principiul parteneriatului cu părinții*, prin care se prevede participarea acestora la evaluări, oferirea de informații despre diferite aspecte ale dezvoltării; informarea părinților cu privire la evoluția proceselor de recuperare și terapie în cadrul Programului Educativ Individualizat - PEI;
- *principiul evaluării nediscriminatorii*, având ca obiectiv să asigure egalitate în ceea ce privește accesul la serviciile de educație specială;
- *principiul descentralizării*, prin care problemele educației speciale sunt atribuite Agențiilor Educaționale Locale (LEA) din fiecare stat.

1.3.2. Bazat pe aceste principii, învățământul special și integrat din SUA este *organizat pe șapte niveluri*, în funcție de gravitatea deficienței elevilor, model cunoscut în literatura de specialitate ca modelul „*cascada serviciilor*". Cele șapte niveluri

(reproduse după Shea, M., T., şi Bauer, A., M., 1994 şi Ramsey, R., S., 2003 *apud* Popovici şi Verza, pp. 48-49) sunt:

- „nivelul 1 – clasă obişnuită, în care învaţă elevi cu handicap, cu sau fără servicii de suport;
- nivelul 2 – clasă obişnuită cu servicii de suport (medicale, de consiliere şi consultanţă etc.);
- nivelul 3 – clasă obişnuită şi clasă specială cu program parţial (acestea putând beneficia împreună de servicii itinerante şi cameră de resurse);
- nivelul 4 – clasă specială cu program complet (autonomă);
- nivel 5 – şcoli speciale;
- nivel 6 – educaţie specială la domiciliu;
- nivel 7 – program rezidenţial în spitale şi alte categorii de instituţii."

1.3.3. Majoritatea elevilor cu handicap nu frecventează însă şcoli speciale, ci şcolile incluzive la nivelurile 3 şi 4, numărul maxim de elevi dintr-o clasă specială fiind de 10-12, adică jumătate din efectivul unei clase obişnuite. De regulă, şcolile speciale sunt frecventate de copii cu deficienţe severe şi profunde, în cazul cărora se urmăreşte, în principal, formarea unei autonomii personale şi sociale, care să le asigure independenţa.

Clasele speciale din şcolile obişnuite (integratoare) sunt organizate astfel:

- clase pentru elevi cu dificultăţi de învăţare (learning disabilities – LD);
- clase pentru elevi cu deficienţe mintale moderate (educable mentally disabled – EMD);
- clase pentru elevi cu deficienţe mintale severe (trainable mentally disabled – TMD);
- clase pentru elevi cu deficienţe mintale profunde (profound mentally disabled PMD);
- clase pentru elevi cu tulburări emoţionale şi/sau de comportament (emotionally behaviour disabled ED / EBD);
- clase pentru elevi cu deficienţe de auz;
- clase pentru elevi cu deficienţe de vedere.

Activitatea de predare-învăţare la aceste categorii de clase este dirijată, în ansamblu, de profesorul de educaţie specială, ajutat însă de un număr variabil de profesori asistenţi şi o echipă multidisciplinară (din care fac parte: logopezi, terapeuţi ocupaţionali, kinetoterapeuţi, consilieri educaţionali, psihologi) care îl ajută în coordonarea tuturor activităţilor. În general, activităţile din aceste clase sunt organizate fie individual, fie în grupuri mici de elevi, existând spaţii special amenajate pentru activităţile de recuperare, desfăşurate individual.

1.4. În majoritatea statelor americane, anul şcolar are 180 de zile şi este împărţit în 2 semestre şi 4 trimestre, fiecare trimestru cuprinzând, la rândul său, 45 de zile de şcoală. Frecvenţa elevilor la şcoală este deosebit de importantă în învăţământul american, absenteismul, pe o perioadă mai mare de 40 de zile, putându-se solda cu reducerea fondurilor financiare, ce sunt alocate şcolilor pentru continuarea şcolarizării elevilor în anul următor. Un aspect deosebit de interesant, legat de organizarea învăţământului

special şi integrat în SUA se referă la „*Anul Şcolar extins*" (ESY – Extended School Year) sau şcoala de vară, ce se constituie ca un program de servicii complementare, destinat atât elevilor care beneficiază de educaţie specială, cât şi celor din învăţământul obişnuit. În cazul elevilor cu handicap, acest tip de servicii poate fi considerat vital pentru procesul de recuperare, ajutând la prevenirea pierderii rapide pe perioada vacanţei a deprinderilor formate de-a lungul anului şcolar.

1.4.1. În privinţa *programului şcolar* al unei zile obişnuite de lucru, acesta diferă mult, comparativ cu cel românesc. Elevii îşi încep programul la ora 7.50 şi îl încheie la 14.40, programul desfăşurând-se fără pauze. Doar în învăţămâtul gimnazial şi liceal există pauze de 5 minute, acestea fiind, de regulă, necesare pentru deplasarea de la o sală de curs la alta, atunci când fiecare disciplină este predată de un alt profesor. Profesorii, la rândul lor, lucrează zilnic în şcoală între orele 7.30-15.15, cu excepţia zilei de vineri când îşi încheie programul la ora 15 şi cu excepţia unei alte zile pe lună (diferită în funcţie de fiecare district şcolar) când îşi încheie prgramul cu 90 de minute mai devreme pentru a participa la Consiliul profesoral al şcolii sau pentru a participa la diverse cursuri de perfecţionare.

1.4.2. O importanţă deosebită se acordă *mediului fizic şi psihologic în care se desfăşoară activităţile de învăţare*, acestea trebuind să fie atractive şi relaxante, să stimuleze acumularea de cunoştinţe şi adoptarea de conduite cooperante. Toate acestea implică săli spaţioase, special amenjate, în care elevii îşi pot expune lucrările, un interior plăcut, amenajat, de preferinţă, în culori pale sau care să conţină stimuli reduşi în intensitate, pentru a nu distrage atenţia, mai ales a elevilor hiperactivi.

1.5. O*rganizarea pe cicluri de învăţământ* este puţin diferită în comparaţie cu cea românească. Astfel, în învăţământul american, ciclul primar cuprinde 5 ani de studiu (clasele I-V), gimnaziul este alcătuit din 3 ani de studiu (clasele VI-VIII) iar ciclul liceal are o durată similară cu cea din învăţământul românesc, fiind organizat pe parcursul a 4 ani de studiu (clasele IX-XII). Vârsta de debut şcolar este la 6 ani, vârstă similară cu cea de la noi sau din alte state europene.

Serviciile suplimentare, oferite de şcolile americane elevilor ce beneficiază de educaţie specială, sunt asemănătoare cu cele oferite şi la noi, totuşi cu mici diferenţe. Astfel, în şcoala publică americană transportul, la domiciliul elevilor, servirea mesei la şcoală sau programele de tip after-school sunt oferite gratuit sau, în unele cazuri, contra cost, în funcţie de veniturile părinţilor. Spre deosebire de învăţământul american, în învăţământul românesc, transportul este rareori pus la dispoziţia elevilor, de cele mai multe ori numai în cazul copiilor cu deficienţe locomotorii. Servirea mesei şi programul after-school (cu educatorul de după amiază) sunt însă servicii suplimentare, pe care şi sistemul românesc de educaţie specială le asigură.

1.6. *Parteneriatul strâns între şcoală, familie şi comunitate* este un alt aspect caracteristic sistemului educaţional american. Conform acestui parteneriat, stipulat prin lege, profesorul este obligat să menţină o legătură strânsă cu familia fiecărui elev, informând-o permanent în legătură cu rezultatele şcolare obţinute, cu frecvenţa la şcoală, cu comportamentul copilului etc. În consecinţă, ca „manager al grupului de elevi", profesorul are obligaţia de a nota zilnic în „agenda elevului" un raport succinct al zilei de

şcoală. Agenda elevului este un instrument specific de realizare a acestei relaţii, pe care elevul este dator să o prezinte zilnic familiei şi să o aibă în permanenţă asupra sa.

De asemenea, fiecare şcoală este *evaluată anual*, primind un punctaj în funcţie de calificativele obţinute de elevi la testele de cunoştinţe sau, în cazul copiilor cu nevoi speciale, în funcţie de progresele realizate. Pe baza punctajului obţinut, se întocmeşte un clasament anual al şcolilor, „părinţii fiind informaţi asupra poziţiei pe care o ocupă şcoala în clasamentul anual, ei având libertatea de a alege şcoala pe care o consideră cea mai potrivită pentru propriul copil (Popovici şi Verza, 2006, pag. 128). Evaluarea anuală a şcolilor influenţează nu numai decizia părinţilor, ci şi capacitatea şcolilor de a atrage fonduri, capacitate care este direct proporţională cu numărul de elevi şcolarizaţi.

1.7. *La nivel curricular*, se constată o centrare a acestuia pe *educaţia pentru carieră*, adică pe includerea în sistemul educaţional a unei pregătiri pentru integrarea profesională ulterioară, începând de la grădiniţă, până la ultima clasă de şcoală. În acest sens, în anul 1984 s-a declanşat, în sistemul educaţional american, o nouă mişcare, ce continuă şi în prezent, numită „*mişcare de tranziţie*”, axată în principal pe trecerea de la şcoală la muncă şi sprijinită printr-o serie de servicii pe termen scurt, de reabilitare profesională, de sprijin pentru angajare şi transport (Popovici şi Verza, 2006, pag. 138). Astfel de servicii, destinate atât elevilor normali, cât şi celor cu handicap, asigură nu numai o tranziţie fără dificultăţi majore, de la educaţie către muncă, ci şi o anumită independenţă, o participare cât de cât activă la viaţa comunităţii şi o mai bună adaptare la cerinţele existenţei în comunitate. La baza acestei mişcări trebuie să se afle însă, un curriculum funcţional bazat pe învăţarea unor cunoştinţe, priceperi şi deprinderi de viaţă (“life compentencies”) care îl pregătesc pe elev pentru perioada adultă. Conform acestei orientări, toate deprinderile, abilităţile şi competenţele dobândite în şcoală trebuie exersate şi consolidate în cadrul comunităţii. Spre exemplu, cititul poate fi exersat şi consolidat printr-o serie de activităţi casnice sau cotidiene: cititul unei reţete culinare, a unor instrucţiuni privind transportul în comun etc.

1.8. O altă caracteristică importantă a învăţământului special şi integrat american o reprezintă *reţeaua de servicii de sprijin*, deosebit de complexă şi diversă, acordată şcolarilor cu handicap. După Popovici şi Verza (*op. cit.*) această reţea este formată din patru categorii de asemenea servicii:

1.8.1. *Servicii complementare* de tipul terapiei ocupaţionale, al terapiei fizice, al serviciilor de consiliere, de orientare şi mobilitate (furnizate în special elevilor cu deficienţe asociate de auz şi de vedere, care necesită sprijin în orientarea spaţială şi în realizarea, în deplină siguranţă, a mişcărilor), al serviciilor medicale sau de transport ş.a. La cererea echipei multidisciplinare, ce realizează Programul Educativ Individualizat, pot fi acordate şi alte tipuri de servicii, care contribuie la recuperarea şi integrarea educaţională şi socială a şcolarilor cu handicap. În comparaţie cu sistemul de educaţie specială american, şi la noi sunt asigurate o bună parte din serviciile mai sus menţionate, cu excepţia serviciului de transport, care la noi reprezintă o problemă reală şi dificilă, periclitând procesul de recuperare şi terapie a copiilor aflaţi, adesea, în imposibilitatea de a ajunge la şcoală în timp util. În învăţământul special şi integrat românesc, accesul la educaţie şi la programele de recuperare pentru copilul cu handicap este o responsabilitate

ce revine părinţilor care, de multe ori, în lipsa unor posibilităţi materiale şi chiar fizice, nu-şi pot aduce zi de zi copiii la şcoală. Efectele acestei lipse de măsuri din partea autorităţilor sunt negative, ele constând în absenţa continuităţii în programul de recuperare şi terapie a copiilor respectivi, la stagnare şi regres în dezvoltarea sau dobândirea de achiziţii, eforturile specialiştilor, ale copiilor şi chiar ale părinţilor ajungând să fie astfel ineficiente.

1.8.2. *Serviciile suplimentare*, în învăţământul special din SUA, cuprind activităţi itinerante, camere de resurse, consultaţii, interpret educaţional, servicii pentru scrierea notiţelor de curs, servicii tehnologice de ajutor, servicii de terapia comportamentului aplicat şi multe altele. Doar o mică parte din aceste servicii există şi în sistemul românesc de educaţie specială, fiind însă cu mult mai reduse ca durată. De exemplu, în timp ce serviciul de itinerant, pentru cei de vârstă şcolară, este prevăzut în legislaţia americană cu o durată de 250 min / săptămână, în cel românesc, este de numai 120 min/ săptămână, cu totul insuficient.

1.8.3. *Serviciul ce oferă tehnologii de suport* reprezintă „orice serviciu care ajută direct copilul cu dizabilităţi, în alegerea, achiziţionarea şi utilizarea unui dispozitiv tehnologic de ajutor. (...) Tehnologiile de ajutor reprezintă orice obiect sau componentă produsă sau achiziţionată, modificată sau personalizată, care este utilizată pentru a menţine sau dezvolta capacităţile funcţionale ale fiecărui elev cu dizabilităţi" (Popovici şi Verza, 2006, pag. 135). La noi, această categorie de servcii de suport este întâlnită, în special, în cazul elevilor cu deficienţe sezoriale (de vedere şi auz) şi/sau cu tulburări asociate (inclusiv de intelect).

1.8.4. *Serviciile de tranziţie* se constituie ca un set original de activităţi, menite să sprijine copilul în procesul de trecere de la activitatea şcolară la activitatea de muncă practică. Toate aceste activităţi sunt stipulate în Programul Educativ Individualizat, opţional, începând cu vârsta de 14 ani şi obligatoriu, de la vârsta de 16 ani. La absolvirea şcolii, elevul primeşte un portofoliu, conţinând activităţile de tranziţie ce au fost incluse în Programul său Educativ Individualizat, pentru a putea fi continuate.

1.9. În concluzia celor prezentate, vom enumera pe scurt, principalele avantaje şi dezavantaje ale sistemului american de educaţie specială şi integrată, (preluate după Popovici şi Verza, 2006, pp. 140-141):

1.9.1. Aşadar, principalele **avantaje** ale sistemului american de educaţie specială şi integrată sunt:

- existenţa unei largi autonomii în luarea deciziilor la nivelul autorităţilor locale şi al şcolilor;
- elaborarea şi evaluarea Programelor Educative Individualizate (PEI) conform unor reglementări clare şi precise şi alegerea celor mai potrivite servicii de sprijin pentru fiecare elev cu handicap;
- existenţa unei game largi de servicii educţionale de sprijin ce sunt furnizate, în funcţie de nevoile concrete ale fiecărui elev cu handicap;
- sprijinirea procesului instructiv-educativ, prin intermediul unor tehnologii de acces şi didactice moderne (de exemplu, există câteva computere în fiecare clasă specială);

- colaborarea în echipă multidisciplinară, în vederea proiectării intervenţiei recuperativ-terapeutice corespunzătoare nevoilor evaluate ale fiecărui elev;
- parteneriatul strâns între şcoală şi familia elevului cu handicap în legătură cu întregul proces de educaţie specială;
- existenţa unui personal calificat în domeniul educaţiei speciale, prin promovarea unor examene standardizate, care atestă competenţele profesionale şi evaluarea lor periodică din 5 în 5 ani;
- adoptarea unui curriculum funcţional, care să asigure elevilor cu handicap formarea unor deprinderi şi competenţe de viaţă ("life competencies") necesare unei tranziţii mai uşoare de la şcoală la viaţa în comunitate, de la integrarea educaţională la cea profesională şi socială.

În ceea ce priveşte **dezavantajele** sistemului american de educaţie specială şi integrată ,în viziunea autorilor citaţi, ele sunt:

- existenţa unei "birocraţii" (după cum afirmă anumiţi specialişti români, care au profesat în sistemul american de educaţie specială şi integrată), datorită obligaţiei aproape permanente, de a completa şi actualiza rapoarte sau formulare ample (de exemplu, în cadrul Programului Educativ Individualizat sau în rapoartele către părinţi), activitate ce consumă o bună parte din timpul de lucru al profesorului de educaţie specială;
- asigurarea unor drepturi legale excesive părinţilor şi elevilor, în detrimentul drepturilor profesorilor, fapt ce conduce la slăbirea autorităţii acestora asupra elevilor, ajungându-se, nu de puţine ori, la situaţii în care părinţii ameninţă şi intentează procese în justiţie împotriva profesorilor, fapt ce determină suspendarea oricărei măsuri pedagogice până la aflarea sentinţei;
- în proiectarea curriculară nu se iau în considerare, în suficientă măsură, valorile şi tradiţiile culturale ale minorităţilor (astfel, reprezentanţii populaţiei de culoare reproşează frecvent autorităţilor locale, profesorilor sau managerilor de şcoli că favorizează performanţele şcolare şi interesele elevilor albi şi mai puţin ale celor de culoare (vezi Blair, M., - "The education of black children: why do some schools do better than others ?", 2005)

În concluzie, sistemul american de educaţie specială este unul complex, flexibil şi modern, centrat pe respectarea drepturilor copilului cu handicap, un sistem pragmatic, axat pe obţinerea de performanţe sau rezultate satisfăcătoare, ce pot reprezenta un model pentru sistemele de educaţie specială şi integrată din alte ţări. Acest sistem este, el însuşi, sensibil în permanenţă la modificări ameliorative.

b. Învăţământul special şi integrat în contextul educaţiei speciale din Federaţia Rusă

1. Modul în care, în diverse zone ale lumii, se caută soluţii pentru eficientizarea educaţiei şi instruirii copiilor, adolescenţilor şi tinerilor cu deficienţe, cu tulburări ale dezvoltării şi cu dificultăţi de învăţare – problemă socială majoră, ca urmare a procentului în creştere a cazurilor respective – suscită interesul oricărui pedagog sau psiholog, dar şi pe cel al părinţilor în cauză. Sperăm că şi datele pe care le vom prezenta în cele ce urmează, referitor la starea educaţiei speciale şi, mai ales, a învăţământului integrat din *Federaţia Rusă* – aşa cum rezultă din documentele oficiale şi din literatura de specialitate consultată – va reţine, de asemenea, atenţia cititorilor.

1.1. Reglementări oficiale

Documentul principal, prin care se stabilesc structurile organizatorice şi modalităţile de desfăşurare a educaţiei speciale şi a învăţământului integrat din Federaţia Rusă este LEGEA FEDERALĂ, REFERITOARE LA ŞCOLARIZAREA PERSOANELOR CU POSIBILITĂŢI LIMITATE ALE STĂRII DE SĂNĂTATE (ÎNVĂŢĂMÂNTUL SPECIAL)[2], adoptată de către *Duma de Stat* (parlamentul federal) la data de 18 iulie 1996[3]. La rândul lor, prevederile cuprinse în această lege stau la baza unor documente oficiale, cu privire la aspectele concrete ale educaţiei speciale şi ale învăţământului integrat, elaborate de către ministerul de resort al Federaţiei Ruse, precum şi de către alte instituţii centrale şi locale abilitate.

1.1.1. „Legea Federală", la care ne referim, debutează printr-un articol rezervat precizării conceptelor implicate, a unor denumiri şi termeni folosiţi, printre care: ***educaţie specială; insuficienţă fizică, psihică, complexă şi gravă; condiţii speciale de şcolarizare; învăţământ special şi învăţământ integrat; secţie de învăţământ special*** (într-o şcoală obişnuită); ***instituţie şcolară pentru învăţământ integrat*** (în alte ţări, inclusiv la noi, acest tip de instituţie poartă denumirea de „şcoală incluzivă" sau „şcoală integratoare"); ***instruire la domiciliu a persoanelor nedeplasabile***, inclusiv prin folosirea mijloacelor de comunicare la distanţă ş.a.

Nu vom insista, în cele ce urmează, asupra fiecăreia dintre aceste denumiri. În ansamblul lor, ele evidenţiază, însă, faptul că, pe lângă atenţia acordată, în mod tradiţional, instruirii şi educaţiei în instituţii şcolare speciale a persoanelor cu diferite deficienţe, în ultimele două decenii, în Federaţia Rusă, o atenţie aparte se acordă mai ales formelor de educaţie specială, integrate învăţământului obişnuit, de masă., fără însă a se neglija consolidarea şi modernizarea procesului instructiv-educativ şi terapeutic compensator, desfăşurat în instituţii şcolare cu profil special, inclusiv pentru copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe de intelect şi stări evidente de handicap. După cum vom

[2] Menţionăm că, într-un alt context, o parte dintre datele cu privire la educaţia specială şi integrată a copiilor şi adolescenţilor cu deficienţe de intelect din Federaţia Rusă a mai fost prezentată de noi în Revista de Psihopedagogie nr. 1/2007, pp.131-141.

[3] Reproducem, în cele ce urmează, ideile fundamentale cuprinse în acest document, după o formă prescurtată a sa, cuprinsă într-o anexă la lucrarea: Puzanov B.P. (sub red., 1999, pp. 141-156).

menţiona în finalul acestui subcapitol, în prezent există în Federaţia Rusă opt tipuri de instituţii şcolare speciale, organizate de sine stătător.

1.1.2. O anumită nedumerire trezeşte, desigur, folosirea în textul „Legii" – inclusiv în titlul său – a sintagmei „persoane cu posibilităţi limitate ale stării de sănătate", fapt ce lasă impresia că se exclusivizează rolul factorilor bio-fiziologici, deci medicali, în determinarea diferitelor deficienţe şi tulburări ale dezvoltării, fenomene asociate inclusiv cu dificultăţi accentuate în procesul învăţării şi al adaptării.

După părerea noastră, se diminuează, astfel, importanţa componentei psiho-socio-educaţionale a etiologiei complexe a acestor fenomene, componentă prezentă, totuşi, la o mare parte dintre copiii, adolescenţii şi tinerii, care întâmpină dificultăţi în procesul instructiv-educativ, de pregătire pentru integrarea socială. Datorită acestui fapt, noi nu împărtăşim ideea folosirii, în limbajul de specialitate (atunci când ne referim la cazurile de copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe, dificultăţi de învăţare şi adaptare) a sintagmei „persoane cu posibilităţi limitate ale stării de sănătate". În materialul de faţă – în care urmărim relatarea cât mai fidelă a unei realităţi dintr-o altă ţară – vom recurge, totuşi, la această sintagmă din „Legea Federală", folosind-o, însă, într-o formă prescurtată, adică: „persoane (sau copii/elevi) cu posibilităţi limitate...", aşa cum procedează, de altfel, chiar şi unii specialişti ruşi, fapt pe care l-am constatat în anumite lucrări consultate (de exemplu, în lucrarea coordonată de **Nazarova, N. M.**, 2001.

1.2. Modalităţi ale învăţământului integrat în Federaţia Rusă

1.2.1. Făcând o incursiune în istoria dezvoltării conceptului de „învăţământ integrat" şi de educaţie a copiilor cu anomalii[4] ale dezvoltării, în comun cu cei fără un asemenea fenomen, **Şipiţina, L. M.** (coautoare la lucrarea mai sus citată: **Nazarova, N. M.**, partea a IV-a, capitolul 2) evocă aportul fundamental al lui **L.S. Vâgotski**, care, în urmă cu peste opt decenii, a susţinut, printre primii, necesitatea şi importanţa punerii bazelor unui sistem de învăţământ, care să nu excludă copiii cu „anomalii" ale dezvoltării din anturajul celorlalţi copii, beneficiari ai unei dezvoltări normale. El considera că obiectivul de bază al educaţiei copiilor cu anomalii şi disfuncţii ale dezvoltării şi adaptării constă în compensarea, prin activităţi de învăţare formativă, a acestor fenomene negative.

Autoarea citată subliniază, însă, că punerea în practică a ideii educaţiei speciale integrate, pentru persoane cu posibilităţi reduse de dezvoltare şi învăţare, nu a debutat, totuşi, în Rusia (de fapt, în fosta Uniunea Sovietică) – ţara de origine a lui L.S.Vâgotski – ci în Ţările Scandinave, în Statele Unite ale Americii, precum şi în alte câteva ţări occidentale. De asemenea, datorită experienţei acumulate, de-a lungul câtorva decenii de încercări, aceleaşi ţări au făcut şi pasul următor, spre o nouă etapă a integrării – *învăţământul incluziv* – în care şcoala publică, dispunând de resurse umane şi materiale, dar şi de anumite adaptări necesare, devine aptă să accepte, să primească şi să pregătească, în comun, pe toţi copiii, adică atât pe cei fără probleme de adaptare la exigenţele şcolii, cât şi pe cei cu „posibilităţi limitate..." În opinia aceleiaşi **L.M. Şipiţina**,

---

[4] Reamintim cele menţionate într-un alt material (Radu Gh., 2004, p. 220) că, în limbajul folosit de specialiştii ruşi – inclusiv de L.S. Vâgotski, la timpul său – sintagma „copii cu anomalii", a fost şi este utilizată mai frecvent decât sintagma „copii cu deficienţe", aceasta din urmă părând, desigur, celor implicaţi, mai puţin acceptabilă.

abia după evenimentele socio-politice de la sfârşitul Secolului XX, de pe poziţia unor noi concepte filozofico-umaniste, se manifestă şi în Federaţia Rusă un interes real pentru dezvoltarea învăţământului integrat, iar, în continuare, şi pentru ideea incluzivităţii.

1.2.2. ***Dreptul copiilor cu „posibilităţi limitate..." de-a fi şcolarizaţi în învăţământul public, printr-o modalitate integrată acestui învăţământ***, este subliniat în articolul 14 din „Legea Federală", în care se precizează: „***Federaţia Rusă, prin organismele sale, sprijină dezvoltarea învăţământului integrat***".

Această afirmaţie este însoţită şi de câteva precizări, referitoare la condiţiile ce urmează a fi respectate în procesul integrării. Astfel:

- solicitarea de înscriere într-o formă de educaţie integrată, a persoanei cu „posibilităţi limitate..." ***trebuie însoţită de o recomandare, din partea unei comisii de evaluare psiho-pedagogică şi medicală***, în care să se precizeze atât indicaţiile (adică recomandările ce vor trebui respectate) cât şi eventualele contraindicaţii medicale şi psihopedagogice, care vor trebui avute în vedere pe întreaga perioadă a integrării în şcoala obişnuită;
- instituţia şcolară integratoare este obligată să asigure mijloacele necesare pentru o temeinică instruire şi educaţie a persoanelor integrate; ***instituţia respectivă nu are dreptul să refuze primirea în efectivele sale de elevi a persoanelor cu „posibilităţi limitate..."***, decât dacă, în acest sens, există contraindicaţii psihopedagogice şi/sau medicale, confirmate oficial şi totodată acceptate de familie;
- în instituţia şcolară pentru învăţământ integrat, nu se admite ca *proporţia elevilor cu „posibilităţi limitate...", beneficiari ai sprijinului acordat* ***prin integrare, să depăşească procentul de 20% din efectivul total al acelei şcoli;*** cu alte cuvinte, în instituţia integratoare proporţia copiilor fără deficienţe trebuie să fie de cel puţin 80% din efectivul total al elevilor, pentru ca astfel să fie asigurată influenţa lor pozitivă – atât în activitatea de învăţare la clasă, cât, mai ales, în activităţile educative şi de socializare – asupra colegilor lor cu deficienţe, beneficiari ai statutului de şcolari integraţi în învăţământul de masă;
- ***instruirea şi educaţia în comun a persoanelor cu „posibilităţi limitate..." şi a persoanelor fără asemenea limite, nu trebuie să se reflecte negativ asupra rezultatelor acestora din urmă.***

Din asemenea precizări, cuprinse în articolul 14 al „Legii federale" (ca, de altfel, în întreg textul acestei legi) se poate deduce că legiuitorul a urmărit cu consecvenţă aplicarea, în practica organizării şi funcţionării învăţământului special şi integrat din Federaţia Rusă, a recomandărilor cuprinse în documentele oficiale ale organismelor internaţionale din sistemul ONU, în ceea ce priveşte asistenţa complexă a persoanelor cu nevoi speciale de sprijin în domeniul stării de sănătate, al educaţiei, al instruirii, adică al recuperării medico-psiho-sociale şi al pregătirii pentru munci accesibile, pentru integrarea eficientă în comunitate.

1.3. **Goneev, A. D.** ş.a. (2004, pag. 259) prezintă următoarea caracterizare, succintă, a învăţământului integrat, pe care-l consideră ***proces de instruire a unor persoane cu insuficienţe fizice şi/sau psihice, în comun cu persoane care nu au***

asemenea insuficienţe, proces ce se desfăşoară, în condiţiile folosirii, de către cadre special pregătite, a unor mijloace de lucru şi metode adaptate.

Referitor la modalităţile concrete prin care se realizează integrarea, acelaşi autor afirmă că ***sprijinul integrat se poate acorda unuia sau câtorva copii cu „posibilităţi limitate...", cuprinşi într-o grupă preşcolară sau într-o clasă obişnuită dintr-o instituţie de învăţământ public,*** fie nemijlocit în grupa/clasa respectivă, fie într-un cabinet (sau punct) de corectare, inclusiv în cabinete logopedice.

1.4. La rândul său, **L. M. Şipiţina** (2001) afirmă că ***cea mai răspândită modalitate de a realiza integrarea în şcoala generală a copiilor cu „posibilităţi limitate..." o reprezintă clasele speciale compacte*** (cu un număr maxim de 15 elevi). În principiu, în Federaţia Rusă există trei asemenea categorii de clase integrate, care beneficiază de reglementări oficiale[5]:

1.4.1. **Clase de corectare şi învăţare formativă** („clase KRO"[6]), prin care se urmăreşte depăşirea insuficienţelor dezvoltării, acumulate în perioada preşcolară, completarea cunoştinţelor lacunare, care trebuiau însuşite anterior, înlăturarea particularităţilor şi reacţiilor emoţionale negative, creşterea capacităţii de efort, activizarea cognitivă etc.

Înainte de a trece, însă, la descrierea propriu-zisă a acestor clase, **L. M. Şipiţina** (2001, pag. 363) aminteşte că, spre sfârşitul anilor 60 ai secolului trecut, psihologii şi pedagogii americani, în lucrările lor, au început să folosească termenul „copii cu dificultăţi aparte de învăţare", căutând astfel să sublinieze absenţa la aceşti copii a unor importante insuficienţe psihice, care şi ele determină dificultăţi de învăţare.

Tot în perioada respectivă, specialiştii din Uniunea Sovietică, referindu-se la aceeaşi categorie de copii cu „abateri în dezvoltare şi dificultăţi de învăţare", au început să folosească şi ei un nou termen, acela de copii cu „întârzieri temporare în dezvoltarea psihică", demonstrând prin cercetări complexe că, la aceşti copii, insuficienţa capacităţii de însuşire a noilor cunoştinţe se asociază, adesea, cu slăbirea şi întârzierea în dezvoltarea neuro-psihică, la care se poate adauga şi slăbirea stării generale de sănătate.

Referindu-se la dificultăţile stabile în însuşirea materialului de învăţat, pe care le întâmpină „copiii cu întârzieri temporare în dezvoltarea psihică", **L. M. Şipiţina** (2001, pag. 364) subliniază că dificultăţile respective „pot fi determinate de insuficienţe ale atenţiei, ale reglajului emoţional-volitiv, ale autocontrolului, de un nivel scăzut al motivaţiei şcolare precum şi de o accentuată pasivitate cognitivă, de insuficienta dezvoltare a unor procese psihice (percepţia, memoria, gândirea), de insuficienţe ale limbajului, de tulburări ale motricităţii, sub forma insuficientei coordonări a mişcărilor, a dezinhibării motorii. Pentru aceştia, este caracteristică capacitatea scăzută de muncă, limitarea volumului de cunoştinţe referitoare la mediul înconjurător, lipsa componentelor operaţionale ale activităţii instructiv-cognitive".

---

[5] În unele lucrări se menţionează că, în plan local, mai ales până la apariţia reglementărilor respective, au fost organizate clase diferenţiate, integrate învăţământului de masă, şi sub alte denumiri: clase de nivelare sau aliniere, clase de egalizare etc.

[6] Prescurtarea „KRO" reprezintă iniţialele celor trei cuvinte din denumirea, în limba rusă, a acestor clase: „klassî razvivaiuscego obuceniia", ceea ce în limba română se traduce prin: „clase de învăţare formativă".

În finalul succintei sale caracterizări a acestei categorii de copii cu dificultăţi de învăţare, autoarea citată subliniază, de asemenea, că „în condiţiile unei organizări corespunzătoare a activităţilor de învăţare, adică atunci când se creează o ambianţă optimă pentru dezvoltarea personalităţii şi pentru evidenţierea din timp a dificultăţilor şi acordarea operativă a ajutorului pentru depăşirea lor, aproximativ jumătate dintre copiii cu întârzieri temporare în dezvoltarea psihică, după terminarea cursului primar al şcolii integratoare, sunt capabili să-şi continue şcolarizarea în clasele obişnuite, obţinând rezultate mulţumitoare la învăţătură până la clasa a IX-a. Cea de a doua jumătate a efectivului de copii, avuţi în vedere, îşi va putea continua pregătirea şcolară în aceeaşi clasă integrată de corectare, acest fapt petrecându-se, mai ales, cu copiii având o întârziere stabilă în dezvoltarea psihică (determinată, probabil, de o afecţiune cerebrală organică). După absolvirea clasei a IX-a a şcolii integratoare, unii dintre aceşti adolescenţi îşi continuă pregătirea şcolară în învăţământul seral sau în şcoli profesionale, fie se angajează în munci necalificate" (*op. cit.*, pag. 365).

1.4.2. **Clase de compensare** sau de sprijin pentru copii cu „risc pedagogic", pe fondul unor întârzieri temporare în dezvoltarea psihică.

La începutul expunerii referitoare la această categorie de copii cu „risc pedagogic" şi cu nevoi de sprijin compensator, autoarea citată prezintă o serie de date procentuale cu privire la ponderea lor printre cei cu dificultăţi de învăţare, date pe care nu ne propunem să le reproducem. Reţinem, însă, concluzia specialiştilor ruşi, care afirmă că, în condiţiile în care aceşti copii au, de regulă, un potenţial intelectual normal, dificultăţile lor şcolare fiind determinate de anumite insuficienţe (cauze sociale, neglijare educativă timpurie ş.a.), provocatoare ale „riscului pedagogic", altele decât afecţiunile cerebrale, o prevenire a evoluţiei negative şi ireversibile a situaţiei este posibilă, dacă abordarea compensatorie a copiilor respectivi va fi asigurată de timpuriu, încă din preşcolaritate, fiind desăvârşită la nivelul claselor primare, iar şcolarizarea fiind continuată apoi, în fluxul obişnuit al şcolii de masă. Se poate deduce, de altfel, cu uşurinţă că o eventuală continuare a situaţiei de „risc pedagogic", inclusiv la nivelul claselor mai mari, este periculoasă, deoarece, de regulă, în astfel de situaţii, la şcolarii respectivi se produc reacţii pseudocompensatorii, de tipul tulburărilor comportamentale, însoţite, adesea, de abandon şcolar, vagabondaj, consum de alcool, stupefiante etc.

Reţinem, de asemenea, concluzia din finalul subcapitolului referitor la şcolarii cu „risc pedagogic" şi cu nevoi de sprijin compensator, concluzie pe care o reproducem textual:

„Dezideratele fundamentale ale învăţământului compensator sunt:

- reorientarea procesului de învăţământ spre stimularea capacităţilor creatoare ale elevilor;
- caracterul evaluativ al învăţării, orientată compensator;
- caracterul individualizat şi nu prin raportare la norme globale, prestabilite, al evaluării progreselor înregistrate de fiecare elev;
- atenţie sporită în aprecierea stării de sănătate psihofizică a copiilor;
- dezvoltarea capacităţilor cognitive, sprijinirea procesului de devenire morală;
- activitatea îndreptată conştient spre dezvoltare formativă;

- înlăturarea compensatorie a lacunelor existente, în educaţia şi instruirea copiilor, din vina familiei" (*op. cit.*, pag. 370).

1.4.3. **Clase pentru copii cu afecţiuni ale inteligenţei**, care se organizează atunci, când, în localitatea respectivă sau în localităţi apropiate, nu există o şcoală specială pentru această categorie de copii, clase ce vor funcţiona pe baza unor programe similare celor ale şcolii speciale respective.

1.4.4. După părerea aceleiaşi autoare (Şipiţina L.M., 2001, pp. 260-262), în procesul de organizare şi desfăşurare a învăţământului integrat, cei care se ocupă de această problemă trebuie să îşi pună şi să dea răspuns următoarelor întrebări:

Cine anume învaţă în sistem integrat, adică pentru ce categorii de copii cu „posibilităţi limitate..." este accesibil şi util învăţământul integrat în şcoala de masă ?

Unde, adică în cadrul căror forme organizatorice ale şcolii de masă, este posibilă instruirea copiilor cu „posibilităţi limitate..." (într-o clasă specială a acestei şcoli, într-o clasă obişnuită a sa sau într-un centru de reabilitare etc.) ?

Ce conţinut trebuie să aibă învăţământul special în condiţiile integrării, ce variante de instruire şi ce posibilităţi există de trecere de la o variantă la alta ?

Când anume este util să înceapă învăţământul integrat, la vârsta preşcolară, şcolară mică, medie sau mare ?

Cine anume conduce, adică ce pregătire trebuie să aibă dascălul din şcoala de masă pentru a lucra cu copii având abateri în dezvoltare, care sunt funcţiile pedagogului special şi ale psihologului special în şcoala generală ?

Aceste întrebări, formulate de către autoarea mai sus citată, au, de fapt, menirea să atragă atenţia celor care îşi asumă responsabilitatea formelor de instruire şi educaţie specială, integrate învăţământului de masă, precum şi celor care desfăşoară nemijlocit aceste activităţi că, *mai întâi de toate, trebuie să se elucideze cauza reală a eşecului înregistrat.* De exemplu, un copil cu hipoacuzie medie (nedepistată la timp) va întâmpina dificultăţi accentuate în dezvoltarea limbajului în familie şi la grădiniţă, în însuşirea citirii şi a scrierii, la clasa I, în formularea de răspunsuri coerente la întrebări, în însuşirea cunoştinţelor la diferite discipline în şcoala obişnuită etc. Simpla trecere a unui astfel de copil, într-o clasă integrată a aceleiaşi şcoli de masă sau chiar într-o şcoală specială pentru copii cu deficienţe de intelect, nu-l va putea scoate pe acesta din starea de eşec la învăţătură. Starea lui va putea fi redresată doar după depistarea deficienţei sale reale (de auz, în cazul la care ne referim) şi protezarea auditivă corespunzătoare, precum şi după o rediagnosticare complexă psiho-pedagogică şi medicală (la nevoie) în urma căreia se va hotărî, fie menţinerea sa în şcoala obişnuită (într-o clasă obişnuită sau într-una integrată pentru deficienţi de auz) fie într-o şcoală specială pentru hipoacuzici, nu însă într-o clasă sau şcoală specială pentru copii cu deficienţe de intelect. Aceasta deoarece, întotdeauna, orientarea spre o anumită formă de şcolarizare a copiilor cu deficienţe (şi stări consecutive de handicap) trebuie făcută ţinând cont, în primul rând, de deficienţa primară – în cazul la care ne referim ea fiind deficienţa de auz – fără a ignora, desigur, inclusiv tulburările secundare, asociate, în cazul nostru (descris prezumtiv) acestea fiind din zona inteligenţei şi a învăţării.

1.5. Relația învățământ integrat - învățământ special

Activitatea, ce se desfășoară în modalitățile amintite de învățământ integrat, ***se bazează pe o orientare corectiv-formativă și are, ca obiectiv principal, pregătirea copiilor cu „posibilități limitate..." pentru a trece, cât mai operativ, din modalitatea integrată în fluxul obișnuit al pregătirii școlare. Această trecere se face pe baza unei evaluări minuțioase psiho-pedagogice și medicale***, de către o comisie care, în final, eliberează hotărârea de reorientare.

1.5.1. Atunci când școlarii cu „posibilități limitate...", pe parcursul integrării, se dovedesc inapți să facă față, cel puțin solicitărilor minime, ce decurg din programele de învățământ ale instituției integratoare, *ei pot fi reorientați spre instituții școlare cu profil special*, adică, după caz, într-una dintre cele opt tipuri de școli speciale, existente în prezent în Federația Rusă, fiecare tip fiind destinat unei anumite categorii de copii cu „anomalii" evidente și cronice. Astfel[7]:

- **tipul 1** - pentru copii cu tulburări accentuate de auz (surditate);
- **tipul 2** - pentru copii cu afecțiuni parțiale sau târzii ale auzului (hipoacuzici și asurziți mai târziu);
- **tipul 3** - pentru copii cu afecțiuni accentuate ale văzului (nevăzători);
- **tipul 4** - pentru copii cu afecțiuni parțiale ale văzului (slab văzători și cu vederea pierdută mai târziu);
- **tipul 5** - pentru copii cu tulburări accentuate ale limbajului;
- **tipul 6** - pentru copii cu afecțiuni complexe ale aparatului locomotor;
- **tipul 7** - pentru copii cu tulburări ale procesului de învățare – întârzieri în dezvoltarea psihică;
- **tipul 8** - pentru copii cu înapoiere mintală reală.

Se menționează că aceste școli speciale nu au un caracter închis și nu sunt izolate de școlile învățământului public. Atunci când, la unii copii, pe parcursul școlarizării speciale, se constată ameliorări evidente, ei pot fi reorientați spre învățământul de masă, fie spre o modalitate integrată acestuia, fie nemijlocit spre fluxul său obișnuit. Reorientările se produc, de regulă, la sfârșitul fiecărui an școlar, dar mai ales, la absolvirea clasei a IV-a. De asemenea, se menționează că, în școlile speciale, unde învață copii fără afecțiuni psiho-intelectuale, ci doar cu „anomalii" ale dezvoltării limbajului, ale dezvoltării somato-motorii ș.a., în clasele primare se realizează o pregătire curriculară echivalentă cu cea a învățământului primar de masă, copiii respectivi beneficiind, însă, la început, de o clasă pregătitoare a debutului școlar, iar pe parcurs, de o orientare corectiv-formativă a întregului proces de instruire și educare, orientare asociată cu activități speciale de corectare, desfășurate individual sau cu grup restrâns, în cabinete de profil.

1.5.2. Rezultă că, în Federația Rusă, există, de fapt, două modalități fundamentale de pregătire școlară a copiilor cu „posibilități limitate...", spre care aceștia sunt orientați, în raport de tipul și gravitatea afecțiunii lor:

- în cazurile mai ușoare, ei sunt orientați *spre o formă integrată învățământului de masă*, de unde, însă, de regulă, atunci când, sub

[7] Menționăm că, între această expunere a tipurilor de școli speciale din Federația Rusă, și cea reprodusă în Revista de Psihopedagogie (după Nazarova, 2001) există diferențe. În materialul de față, am introdus traducerea variantei rusești, publicată mai recent, adică după Gudonis și Puzanov (2007).

influenţa activităţilor corectiv-formative desfăşurate sistematic, se înregistrează o evoluţie pozitivă, copiii respectivi sunt reorientaţi, operativ, spre fluxul obişnuit al aceluiaşi învăţământ de masă;

- în cazurile mai accentuate, orientarea se face *spre una din cele opt tipuri de şcoli speciale*_amintite mai sus, dar şi de aici, în contextul unei eventuale evoluţii pozitive a unora dintre ei, există cale de acces spre învăţământul obişnuit, îndeosebi, spre modalităţile sale de pregătire pentru activităţi accesibile, de muncă manuală şi de socializare.

c. Organizarea unităţilor de educaţie specială şi recuperare a persoanelor cu deficienţe de intelect în România

I. Perioada anterioară evenimentelor din decembrie 1989

1. După cum am arătat şi în capitolul precedent, citând volumul „Contribuţii la istoria învăţământului special din România” (Stanciu Stoian şi colab., 1968) primele instituţii speciale de la noi, pentru copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe / handicap de intelect, au luat fiinţă în Transilvania, la începutul secolului XX, în localitatea Inău (din judeţul Arad) şi la Cluj.

1.1. Numindu-se iniţial „institute medico-pedagogice”, ele cuprindeau persoane cu deficienţe de intelect moderate şi severe, iar obiectivele urmărite – conform cu denumirea pe care o purtau – se situau în zona unei asistenţe socio-medicale şi a unui proces elementar de instruire şi educaţie. Ulterior, aceste instituţii au fost transformate în şcoli speciale pentru copii şi adolescenţi cu deficienţe de intelect, reţeaua lor dezvoltându-se, însă lent , ajungând, abia la începutul deceniului şapte al secolului XX, în jurul a 30 de unităţi, numite impropriu „şcoli ajutătoare”, această denumire lăsând impresia că obiectivul lor prioritar nu ar fi cel instructiv-educativ-terapeutic, ci unul caritabil, de ajutor acordat familiilor nevoiaşe, cu mulţi copii, aceştia prezentând frecvent întârzieri în dezvoltarea inteligenţei şi a limbajului.

1.2. Înfiinţarea primelor instituţii şcolare speciale pentru copii şi adolecenţi cu deficienţe de intelect s-a produs în România, într-o perioadă în care ţările avansate ale Europei susţineau necesitatea declarării şi garantării, prin lege, a obligativităţii şi gratuităţii învăţământului primar pentru toţi copiii de vârstă şcolară, inclusiv pentru cei cu deficienţe şi dificultăţi de adaptare socială şi şcolară. În Franţa, de pildă, o asemenea lege a intrat în vigoare încă din anul 1909. Deşi, în acelaşi sens, un proiect de lege exista şi în România, dinaintea primului război mondial (1916-1918), legea propriu-zisă a fost votată mai târziu, adică în anul 1924.

2. Pentru etapa următoare de dezvoltare a învăţământului special din ţara noastră, deosebit de importantă era precizarea făcută în capitolul VI al legii învăţământului din acel an, conform căreia urmau să ia fiinţă, în continuare, atât *şcoli speciale* pentru copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe, inclusiv de intelect, cât şi *clase speciale* pentru şcolari cu dificultăţi de învăţare şi adaptare, pe fondul unor deficienţe mai uşoare, clasele

respective urmând să fie organizate nemijlocit în cadrul unor şcoli obişnuite. Se făcea, astfel, ***un pas important, în direcţia promovării ideii de şcolarizare împreună (deci „integrată") în învăţământul obişnuit, de masă, inclusiv a unor copii cu deficienţe uşoare şi moderate de intelect şi de limbaj, cât mai aproape de condiţiile învăţământului obişnuit, cu alte cuvinte, în contexte organizatorice, educative şi de socializare, comune pentru toţi copiii de vârstă şcolară.*** Aplicarea în practică a prevederilor „Legii învăţământului" din anul 1924 a fost, însă, blocată temporar, datorită crizei economice şi socio-politice prezentă şi la noi în acea primă treime a secolului XX, precum şi ulterior, în condiţiile izbucnirii celui de-al doilea război mondial, în care, după cum se ştie, a fost puternic implicată şi ţara noastră. În contextul ulterior al unei perioade postbelice dificile, sub aspect economic şi socio-politic, în anul 1948 a fost promulgată o nouă lege a învăţământului, prin care, pentru perioada imediat următoare, se stabilea ca obiectiv prioritar: *lichidarea analfabetismului,* fenomen larg răspândit în România acelei epoci, inclusiv printre persoanele cu deficienţe şi întârzieri ale dezvoltării. Realizarea obiectivului menţionat nu putea fi, însă, deplină, fără un efort deosebit, vizând extinderea şi garantarea, prin lege a obligativităţii şi gratuităţii învăţământului primar pentru toţi copiii din ţară, inclusiv pentru cei cu situaţii aparte: cu maladii cronice, cu întârzieri uşoare şi moderate ale dezvoltării fizice şi psihomotorii, ale inteligenţei şi limbajului, precum şi cu dificultăţi de învăţare şi adaptare la solicitări, cu tulburări comportamentale etc.

Fără a insista, în continuare, pe etapele intermediare ale organizării şi dezvoltării reţelei de şcoli şi clase speciale pentru copii cu deficienţe de intelect, reproducem câteva date ilustrative pentru ritmurile dezvoltării acestor şcoli şi clase speciale. Astfel:

2.1.1. La începutul anilor şaizeci ai secolului trecut, Ministerul Învăţământului şi Culturii (cum se numea atunci această instituţie centrală din ţara noastră) aprobă înfiinţarea, în Bucureşti şi în alte oraşe, a unor centre logopedice interşcolare, unde copii cu defecte de vorbire şi dificultăţi în procesul comunicării – elevi ai unor şcoli apropiate între ele teritorial – puteau să fie programaţi pentru a participa, în afara activităţilor instructiv-educative din propria şcoală, la activităţi de stimulare a dezvoltării limbajului şi de corectare a vorbirii. Avea loc, astfel, o primă încercare de-a realiza şi în România o activitate de corectare a unei funcţii deficitare, prezentă la anumiţi şcolari cu dificultăţi de învăţare şi de adaptare, pe fondul unor întârzieri în dezvoltarea limbajului şi, adesea, inclusiv a inteligenţei, menţinându-i, totuşi, în contextul activităţilor instructiv-educative din şcoala obişnuită, de masă.

Este bine cunoscut faptul, că tulburările de limbaj, mai ales ale şcolarilor cu deficienţe de intelect, sunt, de regulă, însoţite şi complicate de prezenţa unor tulburări psiho şi neuro-motorii, îndeosebi ale coordonării manuale, puternic implicată în limbajul scris, adică în grafie, dar şi al funcţionării aparatului fonoarticulator, implicat în vorbirea orală. Datorită acestui fapt, exerciţiile de corectare şi de stimulare a dezvoltării psihomotricităţii însoţesc, de regulă, activităţile de terapie complexă, inclusiv de terapia limbajului, desfăşurate în instituţiile speciale pentru deficienţi de intelect, unele dintre instituţiile respective având organizate chiar şi cabinete de corectare a tulburărilor neuromotorii, dar numai cu condiţia ca ele să fie deservite de către specialişti în educaţie fizică. De asemenea, în mod obişnuit, activităţile desfăşurate în cabinetul de logopedie, sunt precedate de efectuarea unor exerciţii speciale, având ca scop „încălzirea"

psihomotorie, atât a mâinii, ca instrument al scrierii, cât şi a aparatului fono-articulator, răspunzător (împreună cu auzul fonematic) de corectitudinea pronunţiei.

2.1.2. Tot în perioada amintită a secolului trecut – perioadă în care se punea accent, în continuare, pe lichidarea rămăşiţelor analfabetismului şi, mai ales, pe prevenirea instalării unei noi stări de semianalfabetism – în Bucureşti şi în alte oraşe din ţară, au fost organizate aşa-numite clase de recuperare. Suntem îndreptăţiţi să considerăm că, după experienţa reuşită a organizării centrelor şi cabinetelor logopedice pentru şcolari cu tulburări de limbaj şi dificultăţi de pronunţie / exprimare, fără scoaterea lor din fluxul obişnuit al învăţământului de masă, organizarea claselor de recuperare, mai ales la nivelul învăţământului primar, se profila ca o altă experienţă de abordare diferenţiată a şcolarilor cu anumite dificultăţi de învăţare şi adaptare, fără scoaterea lor din contextul învăţământului obişnuit. Aşadar, obiectivul claselor de recuperare era acela de a veni în sprijinul copiilor şi adolescenţilor care, pe fondul unor întârzieri relativ uşoare în dezvoltarea inteligenţei şi a limbajului, dar şi a memoriei şi atenţiei, precum şi pe fondul unor reacţii afective şi atitudinale pseudocompensatorii, întâmpinau dificultăţi cronice de învăţare şi adaptare, încă din etapa debutului şcolar.

2.1.3. În perioada anilor 1970-1980, fostul Institut al Cercetării Pedagogice şi Psihologice, prin sectoarele sale din Bucureşti şi Cluj, de investigaţii în domeniul învăţământului special, a desfăşurat câteva cercetări, pe bază de contract cu ministerul tutelar, prin care s-a urmărit îndeaproape problematica educaţiei speciale, integrată în învăţământul obişnuit, atât prin centrele şi cabinetele logopedice amintite, cât şi prin clasele de recuperare. Nu vom insista, în cele ce urmează, pe aceste aspecte, deoarece rezultatele obţinute, concluziile şi propunerile de atunci sunt prezentate în paginile mai multor numere ale Revistei de Pedagogie din acea perioadă, precum şi ale culegerii de studii şi articole, intitulată „Probleme de defectologie", îndeosebi în volumul IX (1975) ale acestei culegeri, materiale care pot fi consultate în biblioteci.

Din păcate, în continuare s-au desfăşurat evenimente reprobabile, având drept urmare desfiinţarea abuzivă a sistemului de pregătire, prin universităţi, a cadrelor de psihologi, pedagogi şi psihopedagogi (defectologi), iar apoi, în vara anului 1982, desfiinţarea, la fel de abuzivă şi nejustificată, a Institutului de Cercetări Pedagogice şi Psihologice, pe baza unor învinuiri absurde, la adresa cercetătorilor din institut şi a conducerii sale ştiinţifice.

Printre numeroasele consecinţe negative ale acestor evenimente a fost şi pierderea treptată a profilului iniţial al claselor de recuperare amintite mai sus, a căror prezenţă s-a extins dinspre ciclul primar spre cel gimnazial, nivel la care şi-au pierdut inevitabil, rolul de recuperare compensatorie timpurie. În fond, clasele de recuperare, integrate învăţământului obişnuit, de masă, la nivelul său primar nu aveau nici menirea (obiectivul) şi nici posibilitatea să înlocuiască şcolile ajutătoare, ca instituţii speciale de învăţământ diferenţiat, destinat copiilor cu deficienţe reale de intelect, adică având o etiologie patologică, precum şi o simptomatologie complexă, în plan medico-psiho-socio-educaţional. Rolul claselor de recuperare, era, de fapt, acela de a-i ajuta, mai ales pe elevii cu întârzieri temporare, reversibile, ale dezvoltării, din clasele primare, să-şi depăşească starea de falsă sau pseudodeficienţă mintală / de intelect şi să-şi continue şcolarizarea în ciclul gimnazial, fără a-şi păstra caracteristica de „şcolari integraţi învăţământului

obişnuit", ci dobândind statutul de elevi fără probleme ale acestui învăţământ, precum şi perspectiva reală de progres în procesul şcolarizării obişnuite.

2.2. La aproximativ trei decenii, după apariţia Legii învăţământului din anul 1948, în ţara noastră funcţionau, după P. Arcan şi D. Ciumăgeanu (1980):

- 58 de *şcoli ajutătoare*, pentru copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe mintale / de intelect, grad uşor şi moderat, aparţinând reţelei de instituţii ale Ministerului Învăţământului;
- 2 *cămine şcoală*, pentru persoane cu deficienţe mintale severe şi 7 *şcoli profesionale* speciale, în reţeaua Ministerului Muncii;
- 9 *cămine spital* pentru persoane cu deficienţe mintale grave şi asociate, cuprinse în reţeaua Ministerului Sănătăţii.

Referitor la această reţea instituţională pentru copii, adolesecenţi şi tineri cu deficienţe de intelect, care, după doar ceva mai mult de trei decenii de la publicarea legii învăţământului din anul 1948, conform datelor de mai sus, a crescut numeric şi chiar s-a diversificat, sunt necesare două precizări:

2.2.1. În primul rând, trebuie menţionat faptul că, dintre cele 58 de şcoli ajutătoare, amintite ca existente în anul 1980, o parte erau, de fapt, instituţii cu dublu profil: de şcoală specială pentru copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe de intelect (moderate şi uşoare) şi, totodată, instituţii de asistenţă socială pentru o mare parte dintre aceiaşi copii şi adolescenţi, fie orfani, fie provenind din familii sărace, dezorganizate şi needucogene. În aceste condiţii, inevitabil, s-a instalat o anume lipsă de exigenţă în trierea diagnostică a asistaţilor din acest tip de instituţii, crescând exagerat ponderea celor cu întârzieri temporare ale dezvoltării şi pseudodeficienţe de intelect, inclusiv cu tulburări afectiv-comportamentale. Numărul unor asemenea instituţii cu dublu profil – de şcoală specială şi casă de copii – a crescut şi mai mult în următorul deceniu, adică în perioada de până la evenimentele din decembrie 1989.

Imediat, însă, după schimbările socio-politice şi guvernamentale, ce s-au produs atunci, insituţiile de tip „casă de copii" – care au început să fie comparate cu vechile „orfelinate" din perioada interbelică, dar şi criticate, inclusiv pentru anumite carenţe reale din activitatea lor, au căzut în dizgraţia opiniei publice şi, mai laes, a noilor oficialităţi. Lucrând în acea perioadă într-o asemenea instituţie, am exprimat, personal, un punct de vedere critic, în paginile „Revistei de educaţie specială" nr. 1/1991, la adresa unor asemenea instituţii cu dublu profil făcând, printre altele, următoarea afirmaţie: „O problemă aparte, în legătură cu integrarea copiilor având handicap lejer o ridică actualele case de copii cu şcoală ajutătoare. Oficial, acestea sunt instituţii cu dublu profil, de asistenţă socială şi de învăţământ, pentru copii şi adolescenţi cu handicap mintal, orfani sau din familii dezorganizate. Nedeclarat, însă, şi nejustificat, ele îndeplinesc şi o altă funcţie, aceea de a contribui la descongestionarea şcolilor de masă şi chiar a celorlalte şcoli ajutătoare de copiii problemă, îndeosebi de copiii cu tulburări comportamentale, asociate adesea unui handicap mintal lejer sau unei întârzieri temporare a dezvoltării" (Radu, Gh., 1991, pp. 39-40).

Au trecut de atunci alte două decenii şi problema caselor de copii – nu numai pentru deficienţi de intelect, ci şi pentru copii fără deficienţe – a fost „rezolvată", dar nu prin înlăturarea vechilor carenţe ale instituţiilor la care ne-am referit şi care, de altfel, au avut şi părţi pozitive, ci prin desfiinţarea tuturor caselor de copii şi înlocuirea lor prin aşa-

numitele „centre de plasament”, în perspectiva facilitării unor posibile înfieri de către familii temeinic constituite, apte de adopţii reuşite.

2.2.2. O altă observaţie în legătură cu reţeaua de instituţii şcolare speciale, existente în perioada respectivă, se referă la apartenenţa lor departamentală diferită. Avem în vedere, îndeosebi, raportul dintre şcolile ajutătoare din reţeaua Ministerului Învăţământului (care asigurau elevilor din clasele V-VIII iniţierea în două meserii, de largă utilitate, în majoritatea cazurilor acestea fiind lăcătuşeria şi tâmplăria la băieţi, iar la fete – croitoria şi gospodăria) şi şcolile profesionale speciale, din Reţeaua Ministerului Muncii şi Prevederilor Sociale, în care ajungeau absolvenţii claselor a -VIII-a din şcolile ajutătoare şi din căminele şcoală. Neexistând, însă, o coordonare atentă între cele două reţele (de fapt, între departamentele ministeriale de care acestea depindeau) în majoritatea cazurilor, cei ce se prezentau la şcolile profesionale speciale, de regulă, nu erau repartizaţi corespunzător pentru a se califica profesional în aceleaşi meserii pentru care se iniţiaseră în clasele V-VIII ale şcolii ajutătoare absolvite. Dacă în cazul copiilor fără deficienţe de intelect o asemenea situaţie ar putea să nu creeze mari dificultăţi în trecerea de la meseria exersată iniţial la o altă meserie, în care schemele de stereotip dinamic sunt diferite, comparativ cu cele formate anterior, în cazul adolescenţilor cu deficienţe de intelect, a căror inerţie patologică afectează puternic dinamica cerebrală, între deprinderile exersate în procesul învăţării celor două meserii diferite, se produc interferenţe negative, care afectează stabilitatea şi calitatea noilor deprinderi, formate în etapa a doua, adică în etapa de profesionalizare propriu-zisă. În prezent, acest pericol a fost înlăturat, întrucât iniţierea şi pregătirea profesională pot fi mai uşor corelate, deoarece atât şcolile speciale de învăţământ obligatoriu, cât şi şcolile profesionale speciale, sunt coordonate de acelaşi departament ministerial (al învăţământului).

II. Perioada de după evenimentele din decembrie 1989

1. În ansamblul lor, instituţiile speciale de învăţământ pentru copii cu deficienţe de intelect, menţionate mai sus, au avut şi au ponderea majoritară, comparativ cu numărul instituţiilor şcolare speciale, pentru toate celelalte categorii de copii, având alte deficienţe şi stări consecutive de handicap – senzoriale, neuro şi psihomotorii, psihocomportamentale ş.a. – luate la un loc.

Explicaţia acestei situaţii o găsim în faptul relatat, de altfel, şi în capitolul IV al prezentei lucrări – conform căreia şcolarii cu deficienţe / handicap de intelect sunt „...spre exemplu, de 15 ori mai numeroşi decât surdo-muţii şi de 35 ori mai numeroşi decât nevăzătorii” (Străchinaru, I., 1994, pp. 20-31). Pe fondul acestei explicaţii nu este deloc surpinzător faptul că numărul instituţiilor speciale de învăţământ pentru copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe / handicap de intelect din România este, în prezent, de circa patru ori mai mare, decât al tuturor celorlalte categorii de instituţii speciale de învăţământ pentru şcolari cu diferite alte deficienţe şi stări consecutive de handicap considerate împreună, aşa cum rezultă şi din schema grafică alăturată (figura 1).

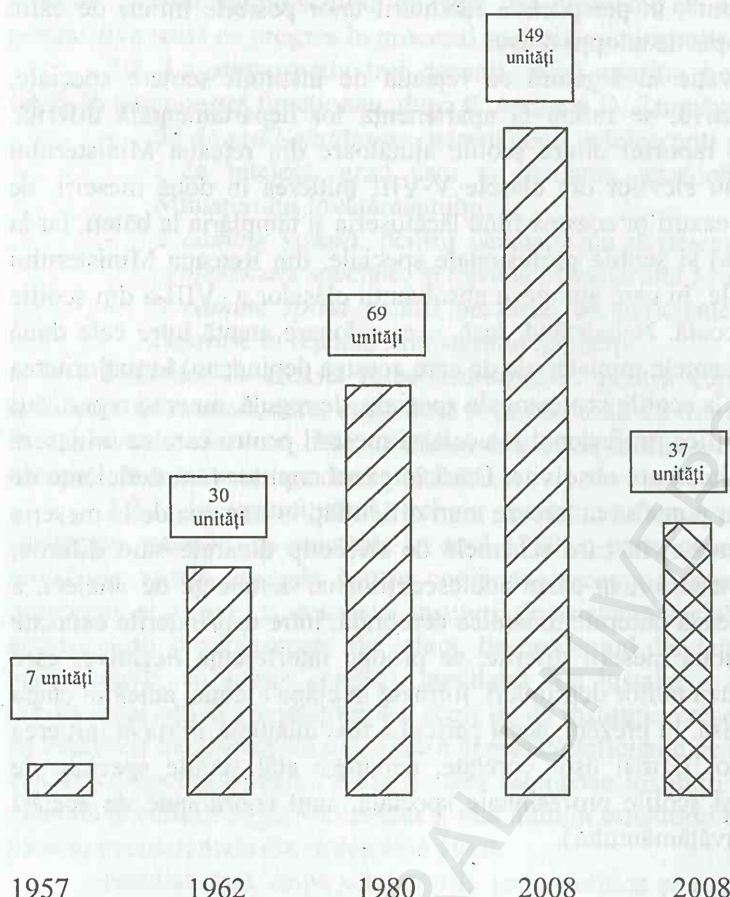


Fig. 1. **Dinamica dezvoltării rețelei de instituții școlare speciale pentru copii, adolescenți și tineri cu deficiențe / handicap de intelect, în perioada anilor 1957-2008**

Legenda – unități speciale de învățământ


Pentru școlari cu deficiențe/handicap de intelect


Pentru toate celelalte categorii de handicap (în vederea comparării situației ac

1. Aceeași schemă ne poate surprinde, însă, sub un alt aspect – cel al dezvoltării accelerate a rețelei de instituții școlare speciale pentru copii, adolescenți și tineri cu deficiențe de intelect – în ultimele trei decenii, adică din 1980 și până în prezent, numărul acestor instituții crescând cu mai mult decât dublu comparativ cu perioada anterioară, de la aproape 70 de unități școlare speciale, în anul 1980, la aproape 150 în ultima perioadă.

2. Probabil, nici o altă componentă a sistemului de educaţie şi învăţământ din ţara noastră nu a fost supusă, după evenimentele din decembrie 1989, unei presiuni atât de intense, vizând schimbarea – desigur, spre mai bine, în intenţia tuturor – cum a fost şi este în continuare domeniul educaţiei şi învăţământului special pentru copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe de intelect.

2.1. Presiunea la care ne referim a fost şi continuă să fie exercitată din interiorul domeniului, unde se simte permanent nevoia dezvoltării echilibrate, în raport cu necesităţile reale, fără excese într-o direcţie sau alta, a celor două modalităţi de organizare: a) cea integrată în reţeaua de învăţământ obişnuit adică în instituţii şcolare comune, cu caracter incluziv şi b) cea diferenţiată în instituţii şcolare speciale, nu însă izolate / segregate de şcolile obişnuite şi, în general, de societate.

2.1.1. În deficienţa / handicapul de intelect, această diferenţiere înseamnă să se aibă în vedere, în primul rând, raportul real dintre subcategorii de gravitate şi capacităţi compensatorii, adică dintre insuficienţele de intelect: liminare, false şi uşoare , pe de-o parte – care trebuie să beneficieze de educaţie specială, integrată învăţământului obişnuit, cât mai de timpuriu posibil, chiar din preşcolaritate – şi deficienţele propriu-zise de intelect, adică moderate, severe şi profunde, diferite între ele atât prin etiologie, predominant patologică, cât şi prin şansele / gradul posibil şi modalităţile de recuperare.

2.1.2. Presiunea invocată mai sus, în legătură cu prezenţa celor două forme de organizare – separată, în instituţii şcolare diferenţiate sau integrate în învăţământul obişnuit, de fapt în şcoli incluzive – se intensifică periodic atunci, când încep discuţii referitoare la cheltuielile necesare pentru finanţarea şi dotarea instituţiilor respective.

Ordonatorii de fonduri şi gestionatorii de construcţii şi dotări susţin cu insistenţă lărgirea modalităţilor de învăţământ / educaţie specială integrată în şcolile obişnuite cu caracter incluziv, deoarece – consideră ei – acestea necesită fonduri mai reduse şi cheltuieli mai mici decât educaţia, instruirea şi terapia, organizate în instituţii speciale separate.

Specialiştii psiho-pedagogi consideră, însă, că adevărul este altul, el constând în faptul că cele două modalităţi organizatorice ale învăţământului special – cea integrată învăţământului de masă sau cea separată instituţional – sunt ambele mai costisitoare decât învăţământul obişnuit, toţi factorii de creştere a cheltuielilor fiind, de fapt, mai mari în ambele forme organizatorice: datorită dotărilor suplimentare (necesare în ambele modalităţi), salarilor mai mari decât în şcolile obişnuite, numărului mai mic de elevi în clase ş.a.

În aceste condiţii, formele de educaţie specială – integrată sau diferenţiată – nu pot fi alese după criteriul „costuri financiare", ci după „criteriul eficienţă" în activitatea de instruire, educaţie şi recuperare, în perspectiva integrării sociale şi socio-familiale, atât a celor cu insuficienţe mai lejere ale dezvoltării, cât şi a celor cu deficienţe mai accentuate.

2.2. Nu cunoaştem efectivul real de copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe de intelect din ţara noastră, care, în momentul de faţă, s-ar încadra în limitele de vârstă ale şcolarizării obligatorii. Admiţând, însă, că cele aproximativ 150 de instituţii şcolare speciale, la care ne-am referit mai sus, ar putea avea fiecare un efectiv mediu în jurul a 200 de elevi, ele ar cuprinde, în total, aproximativ 30.000 de asemenea şcolari. Prin această cifră ne situăm, probabil în jurul procentului de 1% din populaţia infantilă a ţării

noastre, procent considerat, în documente internaţionale, ca admisibil de cuprins în instituţii speciale de învăţământ, diferenţiate de cele obişnuite. Aceleaşi documente evidenţiază ca oportună şi o altă condiţie – aceea ca instituţiile ce şcolarizează copii cu deficienţe să fie situate astfel, încât distanţele de parcurs între domiciliu-şcoală şi retur să fie cât mai scurte, în caz contrar fiind necesară asigurarea de condiţii optime de transport zilnic, de regulă cu însoţitor, iar, în situaţii de imposibilitate, condiţii de internat săptămânal, cât mai asemănătoare cu viaţa interesantă şi plăcută din familiile numeroase atunci când sunt temeinic organizate.

2.3. Ajungând în acest punct al expunerii noastre, este necesar să ne întoarcem pentru o analiză suplimentară a datelor prezentate în figura 3, în vederea precizării specificului şi gradului de răspândire a instituţiilor şcolare speciale pentru deficienţi de intelect pe teritoriul ţării.

2.3.1. O primă precizare se referă la faptul că, în momentul dobândirii datelor reprezentate în figura 3, din totalul celor 149 de instituţii şcolare speciale, existente în acel moment pe întreg teritoriul ţării:

- 118 unităţi erau şcoli speciale cu clasele I-VIII, dintre acestea 4 având şi grupe preşcolare, în vederea pregătirii debutului în clasa I, iar 14 unităţi având, în continuare, clase de pregătire profesională în domenii accesibile şcolarilor cu handicap de intelect şi fără contraindicaţii medicale pentru aceştia. De exemplu, sunt contraindicate pentru ei meseriile exercitate pe schele, adică la înălţime, de unde pot cădea; de asemenea, activităţile în mediu toxic, activităţile persistent zgomotoase etc;
- alte 24 de unităţi erau şcoli profesionale speciale de sine stătătoare, numite – sperăm, doar temporar, - „şcoli de arte şi meserii", această denumire aflându-se în evidentă contradicţie cu absenţa unor capacităţi artistice, cât de cât reale, la această categorie de şcolari cu deficienţe / handicap de intelect;
- în fine, 7 şcoli speciale, cu clasele I-X, dar cu un curriculum puternic simplificat, erau destinate unor copii, adolescenţi şi tineri cu deficienţe severe şi asociate.

2.3.2. O altă precizare pe care o facem se referă la o răspândire deosebit de inegală, pe teritoriul ţării, a unităţilor şcolare destinate copiilor, adolescenţilor şi tinerilor cu deficienţe / handicap de intelect. Firesc, cea mai mare concentrare de instituţii şcolare pentru această categorie de şcolari cu deficienţe o găsim în capitala ţării, municipiul Bucureşti dispunând, în anul desfăşurării sondajului (2008) de 11 şcoli speciale cu clasele I-VIII şi, separat, de 2 şcoli profesionale speciale, la care am putea adăuga alte două şcoli speciale cu clasele I-VIII, situate în apropiere, pe teritoriul judeţului Ilfov. Este vorba, deci, de 15 unităţi şcolare situate toate într-un teritoriu relativ restrâns, dar cu un număr de locuitori ce se ridică, probabil, la aproximativ 15% din întreaga populaţie a României. Acest fapt contrastează puternic cu situaţia din alte 12 judeţe, aflate în aceeaşi parte de sud a ţării (adică în Muntenia şi Oltenia). În momentul sondajului, unul din aceste judeţe nu avea nici o instituţie de învăţământ special pentru deficienţi de intelect, patru judeţe aveau doar câte o singură asemenea instituţie, iar şase - câte două. În total, cele 12 judeţe aveau organizate 23 de instituţii şcolare speciale, numărul acestora pe judeţe situându-se între 0 şi 6 unităţi. Pentru comparaţie, am calculat numărul de unităţi de acelaşi tip, în alte

12 judeţe, situate mai spre nord (10 în Ardeal şi 2 în Crişana), obţinând un total de 50 unităţi, adică o medie dublă, diferenţa fiind puternic semnificativă.

După părerea noastră, în viitor, pentru a evita distanţele mari între şcolile pentru deficienţi de intelect şi domiciliul propriilor familii, în fiecare judeţ ar trebui să existe cel puţin două grădiniţe speciale, două şcoli speciale cu clasele I-VIII, o şcoală specială cu clasele I-X pentru deficienţe severe şi două şcoli profesionale speciale.

3. Pentru copiii, adolescenţii şi tinerii cu deficienţe de intelect liminare şi uşoare, cu pseudodeficienţe de intelect, cu întârzieri temporare ale dezvoltării inteligenţei şi cu dificultăţi de învăţare – consolidate treptat în eşec şcolar cronic – sunt, desigur, necesare măsuri diferenţiate de şcolarizare, integrate învăţământului de masă, la care ne vom referi succint în continuare.

Nu dispunem de informţii certe cu privire la numărul de copii, adolescenţi şi tineri cu dificultăţi de învăţare şi adaptare, inclusiv pe fondul unor deficienţe de intelect liminare sau uşoare, cuprinşi în învăţământul de masă prin modalităţi de educaţie specială integrată. Estimativ, însă, şi comparativ cu procentul de 1% al celor cu deficienţe de intelect determinate patologic, proporţia celor care necesită modalităţi de educaţie specială, integrată învăţământului de masă, se situează undeva la nivelul a 3%-4% din populaţia şcolară. Întâmpinând dificultăţi cronice de învăţare, toţi aceştia ar trebui să beneficieze de un sistem de educaţie specială şi de recuperare, temeinic gândit, în raport cu factorii etiologici ai întârzierilor înregistrate şi cu capacităţile compensatorii ale fiecăruia, depistate prin modalităţi de diagnostic formativ, la care ne vom referi în ultima parte a prezentului capitol.

3.2. Dispunem, însă, de câteva documente oficiale, în care coordonatorii domeniului îşi expun propriile păreri, referitoare la felul în care trebuie organizată educaţia specială, integrată învăţământului obişnuit, de masă, ţinând cont de documentele internaţionale şi naţionale. Vom încerca să rezumăm, în continuare principalele idei, ce se desprind din aceste documente, spunându-ne, în paralel, inclusiv punctul propriu de vedere, referitor la problema abordată.

2. MODALITĂŢI ALE ORGANIZĂRII ACTIVITĂŢILOR TERAPEUTIC-RECUPERATIVE ŞI DE PREGĂTIRE SOCIO-PROFESIONALĂ A PERSOANELOR CU DEFICIENŢE-HANDICAP DE INTELECT

Oricât de bine puse la punct ar fi modalităţile organizatorice ale educaţiei speciale – în instituţii şcolare separate şi / sau în forme integrate învăţământului obişnuit – aceste modalităţi nu pot fi eficiente prin ele însele, fără a ţine cont de nivelul şi capacităţile reale, în momentul dat, ale şcolarilor în cauză, cât şi de particularităţile dinamicii dezvoltării lor în perspectivă. Aceste capacităţi şi particularităţi sunt cele ce trebuie avute în vedere pentru asigurarea unei terapii recuperative adecvate şi diferenţiate, gândită în perspectiva pregătirii pentru muncă şi a integrării sociale, prin eliminarea maxim posibilă a particularităţilor negative ale dezvoltării lor spontane, ne orientată şi ne modelată compensator.

1. Aşa cum s-a arătat şi în paginile anterioare, în timp ce şcolarii cu handicap de intelect, determinat prin afecţiuni cerebrale propriu-zise şi evidente, se caracterizează printr-o dinamică încetinită a recuperării şi printr-o plafonare a dezvoltării mai de

timpuriu, şcolarii cu insuficienţe intelectuale mai uşoare, pe fondul unor întârzieri cu caracter temporar, manifestate, adesea, sub forma unor insuficienţe de intelect, asociate cu tulburări comportamentale dobândite pseudocompensator, dispun de perspective mai optimiste, cu condiţia unei abordări psiho-diagnostice şi terapeutice complexe, iniţiate cât mai de timpuriu posibil. Indiferent, însă, de gravitatea fenomenului, atât unii, cât şi ceilalţi trebuie să fie beneficiari ai anumitor măsuri terapeutice, vizând înlăturarea fenomenelor negative ce-i caracterizează – diferite ca manifestare şi gravitate – precum şi valorificarea treptată a capacităţilor restante de care dispun, diferite şi ele de la caz la caz. Tocmai datorită faptului că, atât fenomenele negative, cât şi capacităţile restante, sunt foarte diferite, măsurile respective nu pot fi aceleaşi pentru toţi, nici sub aspectul formelor organizatorice şi al cerinţelor curriculare şi nici sub aspectul modalităţilor de abordare diferenţiată a fiecăruia dintre ei.

În ambele situaţii sunt necesare diferenţieri care vizează obţinerea, în procesul intructiv-educativ şi terapeutic-recuperativ, a unor rezultate maxim posibile, în raport cu gravitatea individuală, mai mult sau mai puţin accentuată, a factorilor ce le determină. Avem în vedere ***întârzierile, dizarmonia şi heterocronia dezvoltării lor, caracterul limitat, îngust, al „zonei proximei dezvoltări", toate pe fondul unei „vâscozităţi" mintale şi al inerţiei patologice, care le influenţează negativ, dar diferenţiat, adică mai mult sau mai puţin accentuat, calitatea proceselor adaptative.*** Aceste manifestări caracteristice – numite, adesea, în literatura psiho-pedagogică, „trăsături de specificitate" ale deficienţilor de intelect – nu pot să nu influenţeze ritmurile şi calitatea activităţilor terapeutic-recuperative, precum şi ale celor instructiv-educative şi de pregătire socio-profesională ale persoanelor cu astfel de deficienţe – activităţi intercorelate şi interdependente.

2. ***Sub aspect organizatoric, se consideră că modalitatea optimă de rezolvare a acestei probleme constă în abordarea diferenţiată a copiilor, adolescenţilor şi a tinerilor cu deficienţe de intelect, în raport cu semenii lor fără deficienţe, dar şi cu cei având alte deficienţe şi stări consecutive de handicap: de auz, de văz, de limbaj, ale dezvoltării fizice şi psihomotorii, ale caracteristicilor afectiv-comportamentale ş.a.***

Acest deziderat este, de fapt, similar cu unul dintre principiile didactice generale, după care se ghidează orice activitate organizată de învăţare în şcoală, activitate prin care se urmăreşte nu numai transmiterea eficientă de noi cunoştinţe, ci şi stimularea dezvoltării psiho-individuale a fiecărui şcolar, precum şi corectarea insuficienţelor, prezente în procesul dezvoltării atât a copiilor cu deficienţe reale de intelect, cât şi a celor cu întârzieri temporare ale dezvoltării inteligenţei iar, uneori, chiar şi a celor cu potenţial normal de dezvoltare, dar proveniţi din contexte ambientale nestimulative, cum sunt, de exemplu, familiile dezorganizate şi needucogene sau instituţiile de ocrotire socială prost organizate.

2.1. Din păcate, în cazul şcolarilor cu handicap – nu numai al celor cu deficienţe de intelect, ci şi al tuturor copiilor cu diferite alte deficienţe – problema abordării diferenţiate, în activitatea şcolară, dobândeşte frecvent un aspect negativ, de îndepărtare, de izolare, chiar de segregare în raporturile lor sociale, inclusiv şcolare, cu covârstnicii fără deficienţe, precum şi cu comunitatea de apartenenţă. În acest context, nu este deloc întâmplător faptul că, în perioada imediat postbelică, s-au intensificat – atât în plan internaţional, cât şi la noi – preocupările pentru prevenirea apariţiei unor asemenea

fenomene negative, îndeosebi în ceea ce priveşte abordarea exagerat diferenţiată, dusă adesea până la izolare, în procesul terapeutic-recuperativ şi instructiv-educaţional, al copiilor, adolescenţilor şi tinerilor cu diferite deficienţe şi stări consecutive de handicap. Preocuparea, pentru a nu pica în această eroare atitudinală, nu trebuie să ne împingă, însă, spre o atitudine inversă, de neglijare a abordării diferenţiate a copiilor, adolescenţilor şi tinerilor cu probleme de adaptare şi integrare pe fondul unor stări evidente de handicap profund, sever şi chiar moderat sau uşor, dar determinate de deficienţe anatomo-fiziologice, mai mult sau mai puţin accentuate, de tip oligofreno-patologic, cum sunt cele ale sistemului nervos central.

2.2. Aşa cum am mai menţionat, rezolvarea problemelor referitoare la abordarea diferenţiată a acestor persoane cu deficienţe de intelect în activitatea instructiv-educativă, orientată spre recuperarea lor maximal posibilă, nu se deosebeşte, în fond, de aceeaşi problematică, referitoare la celelalte categorii de persoane cu deficienţe şi stări consecutive de handicap. Dar între persoanele cu deficienţe de intelect şi celelalte categorii de persoane cu deficienţe, există şi o deosebire esenţială, care, dacă este scăpată din vedere în organizarea şi desfăşurarea activităţilor instructiv-educative şi de recuperare, se poate ajunge la situaţii deosebit de negative, în ceea ce priveşte rezultatele obţinute în procesul terapeutic-recuperativ. Ne referim la faptul, evidenţiat şi în capitolul precedent, că deficienţa de intelect fiind nu numai cea mai numeroasă, ci şi cea mai eterogenă sub aspect etiologic, simptomatologic şi al evoluţiei posibile, sub infuenţa mediului înconjurător, îndeosebi a unui mediu social mai mult sau mai puţin organizat, ridică problemele cele mai numeroase şi, adesea, deosebit de dificile, sub aspectul prevenirii şi/sau al înlăturării lor.

2.3. Perioada primilor ani de viaţă este hotărâtoare, după cum se ştie, pentru evoluţia, în continuare, a tuturor copiilor. În această perioadă, orice copil este pus în faţa necesităţii de a-şi însuşi principalele instrumente / modalităţi de contact şi interacţionare cu mediul înconjurător – atât cu cel natural, cât şi cu cel social – cum sunt perceperea şi manipularea elementară a obiectelor din jur, mersul biped, primele cuvinte – ca debut al dezvoltării, în continuare, a procesului comunicării verbale – apariţia, dezvoltarea şi consolidarea interesului ludic, deprinderile elementare de autoservire etc. Pentru copiii cu deficienţe reale de intelect, determinate de afecţiuni timpurii ale sistemului nervos central, această perioadă a dezvoltării este deosebit de săracă, iar dacă nu sunt monitorizaţi îndeaproape şi ajutaţi sistematic să progreseze, ei îşi formează cu mare dificultate, cu întârzieri şi lacune, deprinderile specific umane, cum sunt cele amintite deja mai sus, dar şi disponibilitatea pentru colaborare şi ajutor reciproc, formarea treptată a deprinderilor de mişcare, deplasare coordonată, de autoservire şi chiar a celor de autoconservare etc.

Dificultăţile în procesul de formare şi consolidare a unor asemenea deprinderi şi achiziţii elementare se datorează, în primul rând, faptului că, la copiii cu deficienţe reale de intelect, este prezentă o afectare, mai mult sau mai puţin accentuată, a funcţionalităţii sistemului nervos central, drept consecinţă având loc numeroase dificultăţi în ceea ce priveşte adaptarea lor eficientă la condiţiile de mediu natural şi social. Activitatea de socializare a copiilor, adolescenţilor şi tinerilor cu deficienţe de intelect – ca, de altfel, a tuturor celorlalte categorii de persoane cu deficienţe şi nevoi speciale de sprijin, în procesul dezvoltării lor – reprezintă axul acţional în jurul căruia se formează, treptat,

personalitatea lor compensată, proces fără de care integrarea, cât de cât eficientă, ca membrii activi şi utili ai propriei familii şi ai comunităţii de apartenenţă, este foarte dificil de realizat.

3. ***Sub aspect curricular, cerinţele procesului de instruire-educaţie-socializare, la deficienţii de intelect, integraţi învăţământului obişnuit, de masă, se consideră a fi asemănătoare, nu însă identice, cu cerinţele aceluiaşi proces desfăşurat cu şcolarii fără deficienţe, afirmaţie ce trebuie însă nuanţată, în raport cu gravitatea deficienţei.***

După cum se ştie, capacitatea de înţelegere şi asimilare nu are la toţi copiii cu deficienţe de intelect aceeaşi valoare. Interpretând acest fapt în contextul teoriei psihogenetice piagetiene, **Barbel Inhelder şi colab.** (trad. 1977) au demonstrat că, de exemplu, deficientul mintal profund nu depăşeşte, la „apogeul" dezvoltării sale, nivelul inteligenţei senzori-motorii, cu alte cuvinte, acel nivel la care copilul normal dezvoltat se află în primii doi-trei ani de viaţă. De asemenea, copilul cu deficienţă mintală severă nu depăşeşte, în evoluţia sa, nivelul preoperator al dezvoltării inteligenţei, adică aproximativ nivelul maxim al unui copil preşcolar, în vârstă de 3-5 ani, normal dezvoltat. Desigur, această comparaţie este extrem de relativă deoarece copilul normal, la această vârstă preşcolară, este, de regulă, deosebit de vioi, de dinamic sub aspectul manifestării inteligenţei sale, chiar dacă aceasta se situează la nivelul preoperator al dezvoltării. Tot astfel, copiii şi adolescenţii cu deficienţe de intelect moderate şi uşoare, la apogeul dezvoltării lor mintale, nu depăşesc nivelul inteligenţei operaţional-concrete, adică inteligenţa prezentă la şcolarii obişnuiţi din învăţământul primar, de masă. Altfel spus, parafrazându-l din nou pe **R. Zazzo** (trad.1979) – la nivelul actual al cunoştinţelor noastre şi, deci, inclusiv la nivelul posibilităţilor de intervenţie terapeutică, dezvoltarea compensatorie a inteligenţei, sub influenţa activităţilor de învăţare orientată formativ, nu poate depăşi, la copiii cu debilitate mintală, pragul inteligenţei operaţional-concrete, plafonându-se undeva în interiorul acestui nivel şi, prin urmare, ne putând să atingă şi să pătrundă în zona inteligenţei formale, proprie unui stadiu superior al dezvoltării inteligenţei. Nu trebuie uitat, însă, că pentru a face faţă mulţumitor solicitărilor cotidiene, obişnuite, orice individ cu un nivel acceptabil al acestei dezvoltări operaţional concrete a gândirii va putea dobândi, treptat, statutul de integrat comunităţii, ca membru util al său. Aşa cum consideră acelaşi R. Zazzo, ***ca urmare a unei temeinice activităţi terapeutic-recuperative, orice persoană cu deficienţă de intelect se poate ridica cu o treaptă peste nivelul său iniţial, adică, de exemplu, de la nivelul sever – la cel moderat, de la cel moderat – la cel uşor, iar de la cel uşor la intelectul de limită.*** După părerea noastră, acest salt este posibil doar cu condiţia ca, în procesul educaţiei pe care o primeşte copilul cu deficienţă de intelect în propria familie, în grădiniţă şi în şcoală, să se producă şi la el ceea ce numim *un proces de socializare.* **P. Popescu-Neveanu** (1978, pag. 668) subliniază că, în cursul dezvoltării prin socializare „...copilului îi sunt furnizate mijloacele de comunicare (limbajul), precum şi o întreagă serie de procedee de cunoaştere şi comportare, inclusiv de învăţare şi acţiune. Prin socializare copilul este condus spre dobândirea regulilor vieţii, a obişnuinţelor, a modurilor de a gândi şi a cadrelor spaţio-temporale, a credinţelor şi a idealurilor conforme cu mediul social în care a crescut". O socializare temeinică, a oricărui copil cu deficienţă / handicap de intelect – reprezintă, prin urmare, condiţia fundamentală pentru obţinerea unor rezultate pozitive în procesul de terapie educaţională complexă, deci o recuperare maxim posibilă, în raport cu gravitatea

handicapului iniţial al acelui copil. În cazul în care, în procesul recuperării prin modalităţi terapeutice adecvate, saltul înregistrat este şi mai mare, pătrunzând în zona inteligenţei formale, înseamnă că, în faza iniţială, la şcolarul respectiv era prezentă, de fapt, doar o falsă sau pseudodeficienţă de intelect, care, printr-o intensă activitate recuperatorie a putut fi complet depăşită, şcolarul în cauză obţinând, astfel, un nou statut – cel de elev obişnuit, care nu mai prezintă nevoi aparte de sprijin.

Acest fapt este deosebit de important, întrucât pseudodeficienţa de intelect este, după cum am mai menţionat, de două-trei ori mai numeroasă decât deficienţa reală, determinată prin afecţiuni cerebrale evidente. Înseamnă că, la populaţia infantilă, de vârstă preşcolară şi şcolară – care, conform ultimelor estimări reprezintă, în ţara noastră, circa 3.200.000 de persoane – ar fi necesare circa 32.000 de locuri în şcolile speciale organizate separat şi circa 65-90.000 de locuri pentru învăţământ special integrat în şcoli obişnuite, cu caracter incluziv. Recuperarea acestora prin sistemul şcolilor incluzive, temeinic organizate, reprezintă un nepreţuit câştig pentru ei înşişi, pentru familiile lor şi pentru comunităţile din care provin.

4. În opinia publică empirică este frecvent întâlnită ideea că o inteligenţă inferioară poate fi, adesea, suplinită / compensată, printr-o mai temeinică dezvoltare somato-fizică. Acest punct de vedere nu este, însă, confirmat nici de observarea directă a unor grupuri de asemenea persoane şi nici de investigaţii efectuate pe eşantioane semnificative, de exemplu, pe efective de elevi din şcoli speciale pentru copii şi adolescenţi cu deficienţe reale de intelect. O astfel de cercetare a fost efectuată, de pildă, de către dr. **Elena-Marta Stoiciu** (1976), medic specialist, în perioada în care îşi desfăşura activitatea, ca cercetător ştiinţific, în cadrul sectorului de învăţământ special din fostul Institut de Ştiinţe Pedagogice din Bucureşti.

4.1. Eşantionul de cercetare cu care s-a lucrat, era format din 1.000 de subiecţi – elevi din diferite şcoli de masă, dar şi din şcoli speciale pentru deficienţi de intelect din Capitală, fiind investigate valorile unor parametrii ai dezvoltării fizice, în cadrul a trei subeşantioane care cuprindeau: 440 de şcolari cu debilitate mintală propriu-zisă, 200 cu handicap mintal de limită şi 360 cu intelect normal. La fiecare subeşantion, a fost calculat procentul celor hipostaturali şi hipoponderali, ca expresie a unor condiţii precare de trai, precum şi procentul celor cu dizarmonie a parametrilor dezvoltării fizice, ca expresie a unor afecţiuni patologice.

Reproducem, în continuare, comentariile autoarei citate, pe marginea datelor care au fost obţinute în investigaţia menţionată: „Fără a ne număra printre susţinătorii teoriei existenţei unei relaţii directe, semnificative, între dezvoltarea fizică şi cea psihică, afirmăm şi noi existenţa unei frecvenţe mai ridicată a debililor fizici printre deficienţii mintal (în raport cu normalii), ca şi posibilitatea unei etiopatogenii comune a retardului mintal cu cel fizic, în sprijinul teoriei unităţii integrate a organismului, unitate în care o noxă a peristazei afectează, simultan, diverse sisteme (somatic, psihic, neuromotor etc.) etiopatogenie cu atât mai stresantă pentru organism, cu cât coborâm spre niveluri mai scăzute ale dezvoltării mintale ...” (*op. cit.* pag. 118). În continuare, autoarea mai face următoarea precizare: „Agresiunile mediului ambiant (noxe microbiene şi virotice, carenţe alimentare, factori de mediu traumatizanţi etc.) nu influenţează organismul unilateral (adică doar un anumit sistem sau organ) ci condiţionează modificări complexe, somatice şi neuropsihice, afectând organismul în totalitate ...” (*idem*, pag. 119).

4.2. În finalul capitolului cu privire la particularitățile dezvoltării fizice a copiilor cu deficiențe de intelect, autoarea citată se referă, în mod special, la obiectivele terapeutice, de reeducare psihomotorie a acestor copii, citând în sprijinul ideilor susținute părerile a numeroşi autori – inclusiv ale binecunoscutului **R. Zazzo** – conform cărora educația psihomotrică urmăreşte să realizeze (pp. 125-126):

- „conştiința" corpului propriu şi a gesturilor;
- stăpânirea sau ameliorarea echilibrului;
- decontractarea rigidității;
- tonifierea apaticului, atât în atitudine cât şi în mişcări;
- energizarea lentului (ameliorarea rapidității lui);
- posibilitatea de frânare şi calmare a impulsivității;
- crearea preciziei inabilului;
- controlul inhibiției respiratorii;
- dezvoltarea independenței grupurilor musculare;
- crearea sinergiilor, coordonarea mişcării membrelor;
- adaptarea amplitudinii şi forței mişcărilor;
- „controlul" inhibiției involuntare şi dezvoltarea inhibiției voluntare, adică a formării şi stăpânirii gesturilor şi automatismelor, pe care se vor dezvolta viitoarele deprinderi profesionale;
- posibilități mai bune de adaptare la mediul exterior.

4.3. Abordând aceeaşi problematică, mai ales din perspectivă psiho-pedagogică, **I. D. Radu** (2000, pp. 53-56) evidențiază particularitățile dezvoltării fizice şi psihomotorii ale deficienților de intelect, pe care le raportează la subcategoriile de gravitate ale acestora, după cum urmează:

4.3.1. La persoanele cu *deficiență de intelect profundă* (C.I. sub 20) vârsta mintală medie, la maturitate, nu depăşeşte nivelul comparativ al primilor trei ani de dezvoltare obişnuită. După cum se ştie, însă, ponderea acestei subcategorii reprezintă nu mai mult de 5% din totalul deficienților de intelect. Ei sunt afectați de numeroase insuficiențe fizice şi motorii, au frecvente malformații de tipul paraliziilor, al tetraplegiilor spastice, al hemiplegiilor, al manifestărilor epileptice, al hiperchineziilor şi al sindroamelor extrapiramidale. Prezintă, de asemenea, o dezvoltare senzorio-motorie rudimentară, limbajul le rămâne şi el nedezvoltat, trăirile afective le sunt elementare, iar implusurile primitive. Activitatea le este dezordonată, chiar haotică. Prezintă contorsiuni, agitație şi mişcări neadecvate sau, dimpotrivă, sunt pasivi, indiferenți. Mersul lor se dezvoltă cu întârziere sau nu se dezvoltă. Manipulează obiectele cu dificultate şi nu se pot autoservi. Cazurile mai puțin grave pot avea control sfincterian, dar se alimentează numai cu ajutor, fiind, astfel, permanent dependenți de alte persoane.

4.3.2. În *deficiența de intelect severă* (C.I. cuprins între 20 şi 40) vârsta mintală medie, la maturitate, se situează la nivelul comparativ al vârstei normale de aproximativ 3-5 ani, iar ponderea acestei subcategorii reprezintă în jur de 18-20% din totalul deficienților de intelect propriu-zişi. Dezvoltarea lor motorie şi psihomotorie este puternic perturbată, datorită prezenței unor sindroame neurologice, ex: hemiplegie, paralizii, sindroame cetrapiramidale, crize convulsive, tulburări de echilibru etc. În consecință, motricitatea le este şi ea insuficient dezvoltată şi diferențiată. Copiii cu deficiențe severe

de intelect sunt stângaci în mişcări, prezentând sinchinezii, mai ales ale mâinilor. De asemenea, manifestă tulburări de echilibru.

Vorbirea lor se dezvoltă cu întârziere, la debutul şcolar ei având un vocabular deosebit de sărac. Întâmpină mari dificultăţi în însuşirea cititului şi, mai ales, a scrisului. Prezintă, de asemenea, dificultăţi în însuşirea, pe bază de înţelegere, a calculului elementar şi a operaţiilor de adunare şi scădere, dar, mai ales, a operaţiei de înmulţire, deşi unii dintre ei îşi însuşesc, cu relativă uşurinţă, prin memorare mecanică, tabla înmulţirii. Nu le este, însă, accesibilă operaţia de împărţire, ca, de altfel, nici rezolvarea unor probleme de aritmetică, ce presupun mai mult de o singură operaţie simplă.

După cum subliniază acelaşi autor, deficienţii sever „deşi încep să meargă târziu (uneori abia la vârsta de trei-patru ani) îşi pot, totuşi, forma unele deprinderi motorii de autoservire, astfel încât, în majoritate, devin capabili de munci simple, uşoare, dar supravegheate, rămânând, astfel, parţial dependenţi de persoanele valide" (*op. cit.*, pag. 55).

4.3.3. În debilitatea mintală (adică în deficienţa de intelect medie şi uşoară) parametrii de definire sunt următorii: C.I. = 50-69, V.M. maximă = 7-11 ani, ponderea subcategoriei ajungând la aproximativ 70-80% din totalul celor cu insuficienţe de intelect, ceea ce înseamnă în jurul a 2-3% din întreaga populaţie de vârstă preşcolară şi şcolară.

Analizând particularităţile dezvoltării persoanelor ce aparţin acestei subcategorii, relativ lejere a deficienţei de intelect, inclusiv a dezvoltării lor fizice şi psihomotorii, acelaşi autor subliniază o idee susţinută de **C. Păunescu** şi **I. Muşu** (1990), conform cărora, pe debilii mintal îi caracterizează o dezvoltare psihomotorie întârziată, uneori aparent normală, ceea ce face ca depistarea lor să se producă mai târziu, abia când ajung la grădiniţă sau la şcoala primară, deoarece diferenţele lor, faţă de copilul normal dezvoltat, sunt „mai ales, de natură calitativă şi mai puţin cantitativ-măsurabil" (*idem*, pag. 55). Cu alte cuvinte, ei sunt mai dificil de investigat, mai ales la debutul şcolar, cu ajutorul unor teste psihometrice clasice. Rezultate mai apropiate de caracteristicile diagnostice reale ale celor investigaţi se pot obţine, însă, folosind modalităţi variate de diagnostic complex şi formativ, la care ne vom referi în subcapitolul următor.

În încheierea secvenţei referitoare la caracteristicile dezvoltării fizice şi psihomotorii a persoanelor cu debilitate mintală, I.D. Radu (2000, pag. 56) subliniază că deficienţii mintal, în grad de debilitate, îşi pot forma unele deprinderi motrice, de autoservire şi de muncă, ceea ce le asigură şansa unei independenţe relative faţă de alte persoane, posibilitatea de a învăţa şi a practica anumite meserii accesibile, de aici rezultând şi o anume independenţă economică. Cu toate acestea, datorită criticismului redus al gândirii lor, ei au nevoie, în continuare, de îndrumare post-şcolară, pentru a evita eventualele dificultăţi ce pot să apară în relaţiile lor sociale, inclusiv în relaţiile de muncă.

4.3.4. Între deficienţa mintală uşoară şi starea de normalitate a inteligenţei, se situează – aşa cum am amintit şi în capitolul precedent – o zonă de graniţă a inteligenţei, adică intelectul de limită, persoanele respective având ca parametrii aproximativi de definire: C.I. = 70-89, V.M. maximă, la maturitate = 12-14 ani, iar ponderea lor oscilând, în raport de zone geografice şi vârste, între 8-12% din totalul populaţiei infantile. La mulţi dintre aceştia, întârzierea în dezvoltarea inteligenţei se asociază cu tulburări afective şi comportamentale, dobândite pseudocompensator, ceea ce le complică serios posibilităţile de reală compensare. Unii dintre ei sunt orientaţi iniţial spre şcoli speciale

organizate separat, unde trebuie să fie monitorizați cu atenție și ajutați intensiv să-și etaleze și să-și antreneze potențialul mai bun de dezvoltare, mascat însă de inhibiții și blocaje timpurii, pentru a putea fi recuperați și reorientați operativ spre o școală de masă, aptă de incluziune, unde să beneficieze, de la început, de ajutor diferențiat, chiar personalizat, prin cadre didactice de sprijin și prin adaptări curriculare, ținând cont de tipul și gravitatea dificultăților întâmpinate. În DSM-IV (pag. 740), referitor la funcționarea intelectuală liminară se susține că această subcategorie, aparent ușoară, situată psihometric între C.I. 71-84 (față de 70-89 în psihometria clasică) diagnosticul este, totuși, dificil de precizat, deoarece situația se complică prin coexistența anumitor „tulburări psihice", de exemplu de tip schizofrenie. Desigur, așa este, dar tabloul patologiei se complică și atunci când insuficiențe de tip oligofrenic se manifestă în combinație cu crize comițiale sau cu sindroame de tip ADHD, cum am menționat deja anterior, cu diferite manifestări de tulburență comportamentală, dobândită pseudocompensator, și cu tendință de accentuare și transformare în manifestări antisociale.

5. Toți copiii, adolescenții și tinerii cu deficiențe mintale, mai mult sau mai puțin accentuate, pe lângă insuficiența de intelect propriu-zisă, la baza căreia se găsește afectarea capacității de abstractizare și generalizare – afectare numită de către specialiști (**A.R. Luria, M.S. Pevzner** ș.a) „simptom central al sindromului oligofrenic" – manifestă și o serie de alte insuficiențe ale dezvoltării, acestea constând în afecțiuni somatice, psihomotorii, de limbaj, ale capacității de adaptare la condițiile mediului natural și, mai ales, ale celui social, cărora trebuie să li se adapteze. În acest scop, ***ei trebuie sprijiniți activ și permanent, de către propria familie, de către școală și de către comunitatea socială din care provin, pentru a deveni treptat membrii activi și utili ai familiei și ai comunitățiii respective.***

În scopul menționat, este necesar ca ei să fie cuprinși operativ în instituții preșcolare și școlare, de regulă cu caracter incluziv, adică împreună cu școlarii fără deficiențe, ținându-se seama, însă, de specificul insuficiențelor cumulate de către fiecare dintre ei, insuficiențe mai mult sau mai puțin grave, dar adesea diferite de la caz la caz. Fără îndoială, un asemenea obiectiv este dificil de îndeplinit, în acest sens fiind necesare, pe lângă simplificări curriculare și adaptări metodologice inițiate în timpul școlarizării, inclusiv o serie de măsuri terapeutic-recuperative și de pregătire pentru integrarea ulterioară a fiecăruia în activități socio-utile accesibile. În continuare, vom încerca să prezentăm câteva dintre ideile importante, susținute de un grup de specialiști și practicieni din țara noastră – pe care-i vom cita la locul potrivit – idei cuprinse într-un volum intitulat „Terapia educațională integrată", publicat prin editura „Pro-Humanitate" în anul 1997, volum coordonat de către prof. **Ionel Mușu** și prof. **Aurel Taflan.** În „Notă introductivă" la voulm (pag. 7) se face precizarea că tematica sa este structurată după o concepție modulară, prin care se urmărește fundamentarea unui curriculum adaptat caracteristicilor de bază ale școlarilor cu handicap de intelect, ***acest curriculum fiind structurat pe patru arii de dezvoltare: fizică, perceptivă, intelectuală și socială.*** Este vizată, deci, compensarea maxim posibilă a stării concrete de handicap, în raport cu gravitatea afecțiunii inițiale și de moment, a fiecărui copil / școlar cu deficiențe de intelect, mai mult sau mai puțin grave.

5.1. Autoarea capitolului referitor la terapia cognitivă, din volumul menţionat – **Ligia M. Ene** - subliniază că acest tip de terapie trebuie înţeles ca: „un proces de echilibrare mintală, prin organizarea specifică a cunoaşterii la acei copii cu cerinţe educaţionale speciale, al căror comportament cognitiv se caracterizează printr-un fenomen general de perturbare, de imaturitate cognitivă, lipsă de motivaţie pentru cunoaştere etc." (*op. cit.*, pag. 11).

Autoarea subliniază, de asemenea, că programa, pe baza căreia se desfăşoară, cu aceşti copii, activitatea de „terapie educaţională complexă şi integrată" delimitează, în cadrul terapiei respective, două domenii principale: *terapia cognitivă de tip A*, care îşi propune „consolidarea, sistematizarea, completarea, într-o manieră deosebită de cea a procesului de predare-învăţare, a faptelor, informaţiilor, abilităţilor, competenţelor, deprinderilor, precum şi un mod diferit de organizare a activităţilor de cunoaştere" (*idem*, pag. 11).

Lărgind şi diversificând sfera activităţilor terapeutice dincolo de spaţiul didactic propriu-zis al clasei de elevi, *terapia cognitivă de tip B* oferă - conform afirmaţiei aceleeaşi autoare- cadrul necesar pentru o mai temeinică legare a actului terapeutic de specificul individual al fiecărui şcolar cu handicap de intelect, de insuficienţele sale, dar şi de rezervele compensatorii personale, ce trebuie descoperite şi valorificate maximal, prin demersul terapeutic, nu numai în cadrul clasei de elevi, ci şi al întregii şcoli, al mediului familial şi al comunităţii de apartenenţă, atât în perioada pregătirii şcolare, cât şi ulterior.

În continuare, sunt analizate aspectele concrete ale palierului cognitiv la şcolarii cu handicap de intelect, legate de:

- specificul cunoaşterii senzoriale;
- formarea abilităţilor senzorial-perceptive;
- învăţarea conceptelor fundamentale;
- formarea şi dezvoltarea proceselor / activităţilor psihice, prin exerciţii senzorio-motorii şi perceptive.

Nu ne propunem să insistăm aici şi asupra altor aspecte analizate în capitolul referitor la terapia cognitivă din lucrarea avută în vedere, deşi capitolul cuprinde şi alte numeroase pagini interesante, acestea, însă, putând să fie studiate în original de către cadrele implicate în educaţia – inclusiv terapeutică- a copiilor, adolescenţilor şi tinerilor cu deficienţe / handicap de intelect, volumul respectiv existând, desigur, în numeroase biblioteci şcolare, îndeosebi ale şcolilor incluzive judeţene.

5.2. Interesante şi utile pentru practicieni sunt, fără îndoială, şi celelalte capitole ale aceleiaşi lucrări, următoarele dintre ele referindu-se la: 1. *terapia ocupaţională* şi la 2. *terapia de expresie*.

5.2.1. În primul dintre acestea, **Doru-Vlad Popovici**, realizând o sinteză a numeroaselor valenţe ale terapiei ocupaţionale, descrise în literatura de specialitate, evidenţiază următoarele obiective, care trebuie urmărite în activitatea practică:

- să formeze deprinderi de viaţă cotidiană;
- să cultive capacităţi şi aptitudini pentru munci accesibile;
- să dezvolte abilităţi pentru practicarea de jocuri şi petrecerea timpului liber.

Referindu-se la numeroasele atribuţii ce revin terapeutului ocupaţional, autorul consideră necesar, ca acest terapeut (*op. cit.*, pag. 103):

- să asigure recâştigarea de către subiect a unor eventuale deprinderi existente la un moment dat dar pierdute pe parcurs, sau având un nivel redus de funcţionare;
- să contribuie la formarea de noi deprinderi şi abilităţi, menite a le compensa pe cele eventual dispărute din diverse cauze.

În concluzie, autorul subliniază că terapia ocupaţională urmăreşte asigurarea de servicii pentru acei indivizi, la care capacitatea de-a face faţă solicitărilor de zi-cu-zi sunt puternic diminuate, pe fondul unor tulburări ale dezvoltării, ale prezenţei unor insuficienţe fizice şi ale unor dificultăţi de natură psihologică sau socială, fenomene prezente frecvent la şcolarii cu handicap de intelect.

După cum se ştie, o componentă importantă a terapiei ocupaţionale o reprezintă ergoterapia sau terapia prin muncă, la care ne vom referi, însă, spre sfârşitul acestui subcapitol.

5.2.2. Următorul subcapitol, intitulat „Meloterapia", îi are ca autori pe acelaşi **Doru-Vlad Popovici**, în colaborare cu **Didona Niculcea**, aceştia amintindu-ne, la începutul expunerii lor, efectele benefice pe care le poate avea muzica asupra oamenilor, în general, inclusiv asupra celor cu deficienţe de intelect (pag. 128):

- determină o serie de stări afective tonice;
- induce subiectului o stare de linişte conducând la reducerea stărilor de tensiune şi anxietate;
- permite „evadarea" dintr-un anumit context neplăcut, fapt care generează o stare de securitate;
- amplifică tonusul subiectului şi rezistenţa sa la efort;
- facilitează comunicarea între persoane;
- contribuie la dezvoltarea unor funcţii şi procese psihice, începând cu cele primare – senzaţii, percepţii, reprezentări – şi terminând cu cele mai complexe, de exemplu, cu afectivitatea şi imaginaţia;
- ameliorează comportamentul şi socializează individul, ceea ce, mai ales la deficienţii de intelect, dobândeşte o deosebită valoare compensatorie.

Printre altele, autorii citaţi subliniază, în mod deosebit, că: „La copiii handicapaţi mintal, meloterapia este folosită, în special, la stabilirea unui alt tip de comunicare, diferit de cel verbal....Principalul obiectiv al meloterapiei este acela de a stabili contactul cu handicapatul mintal şi de a facilita comunicarea între el şi educatorul său, transformat în terapeut" (*op. cit*. pag. 182).

Autorii subcapitolului la care ne referim au şi meritul de-a evidenţia relaţia benefică, ce se stabileşte între meloterapie şi alte terapii, implicate împreună în facilitarea unor rezolvări urmărite în procesul instructiv-educativ şi de recuperare a şcolarilor cu handicap de intelect.

5.2.3. O astfel de legătură există, de exemplu, între meloterapie şi ludoterapie, ca intervenţie terapeutică prin joc, inclusiv prin jocuri de mişcare, prin jocuri însoţite de cântec sau prin jocuri didactice, folosite în activităţile instructiv-educativ-recuperative din învăţământul special şi special integrat[8]. Printre altele, autorii capitolului ne reamintesc

[8] Menţionăm că în volumul „Terapia educaţională integrată", între paginile 199-224, sunt oferite numeroase „modele analitice de activităţi ludice", care vizează inclusiv obiective terapeutice, urmărite în activitatea şcolară desfăşurată cu copii având deficienţe de intelect.

că „învăţarea care implică jocul devine plăcută şi atrăgătoare", jocul având darul să introducă în învăţare „o motivaţie intrinsecă de mare valoare". Pe bună dreptate se subliniază şi ideea că „jocul didactic rămâne joc, numai dacă el conţine elemente de aşteptare, de surpriză, de întrecere, elemente de comunicare între copii etc. Toate acestea fac ca elementul instructiv să se îmbine cu cel distractiv „(*idem*, pag. 193).

De asemenea, este citată lucrarea „Probleme psihologice ale jocurilor şi distracţiilor" în care **Ursula Şchiopu** (EDP, 1970), referindu-se tocmai la jocurile didactice, subliniază că acestea „educă atenţia, capacităţile fizice şi intelectuale, perseverenţa, promptitudinea, spiritul de echipă, de ordine, dârzenia, modelează dimensiunile etice ale conduitei".

După **P. Popescu-Neveanu** (1978, pag. 396) jocul este „o formă de activitate specifică pentru copil şi hotărâtoare pentru activitatea lui psihică. Sub influenţa jocului, se formează, se dezvoltă şi se restructurează întreaga activitate psihică a copilului".

În final, aşa cum arătam într-un material publicat în „Revista de Psihopedagogie" (2009, nr. 2, pag.127), referindu-ne la concepţia vâgotskiană cu privire la joc, „raportul dintre joc şi dezvoltare este similar raportului dintre învăţare şi dezvoltare".Tocmai în acest sens, Vâgotski afirmă că: „Jocul este un izvor al dezvoltării şi crează zona proximei dezvoltări...În joc, copilul învaţă să-şi coordoneze acţiunile proprii cu cele ale altor copii ...Prin joc, copilul parcurge o primă şi serioasă şcoală a comportamentului colectiv". De asemenea, nu trebuie uitat că, în lucrările sale, L.S. Vâgotski a subliniat, adesea, unitatea dintre inteligenţă şi afectivitate, inclusiv în învăţare, iar situaţiile ludice sunt impregnate emoţional, ceea ce crează, de regulă, un fond temeinic pentru înţelegerea şi însuşirea unor noi cunoştinţe, sau pentru consolidarea celor însuşite anterior.

5.3. În continuare, ne vom opri asupra *ergoterapiei*, fără îndoială una dintre cele mai complexe şi mai importante modalităţi de realizare a obiectivelor terapiei ocupaţionale, de recuperare, prin muncă manuală, prin activităţi practice de folos individual, dar şi obştesc, a copiilor, adolescenţilor şi tinerilor cu deficienţe / handicap de intelect. **Norbert Sillamy** (1996), în: „Dicţionar de psihologie – Larousse" ne oferă următoarea scurtă definiţie a ergoterapiei: „metodă de reeducare şi tratament prin muncă, pentru handicapaţii fizici şi mintali" (pag. 117).

Menţionăm că am reprodus cu predilecţie această definiţie a ergoterapiei, atât pentru conciziunea sa, cât mai ales, pentru faptul că, în comparaţie cu formulările din alte dicţionare, ea nu face trimitere, în primul rând, la „tratament", deci la domeniul medical, ci se referă la „reeducare" – noţiune mai apropiată domeniului psihopedagogiei. Aceasta nu înseamnă, însă, că alte definiţii, cu orientare medicală sau din alte domenii apropiate specialităţii noastre, nu ne pot oferi sugestii utile, domeniului în care ne desfăşurăm activitatea. Ca exemplu, reproducem un fragment dintr-o definiţie dată ergoterapiei de către **P. Popescu-Neveanu** (1978, pag. 244): „Ergoterapia sau terapia prin muncă au drept scop sustragerea bolnavului de la trăirile sale patologice, favorizarea contactului cu lumea înconjurătoare şi crearea unui climat psihic favorabil, de linişte, de

comunicativitate şi sociabilitate. Munca poate contribui la vindecarea, la consolidarea remisiunilor şi la pregătirea bolnavului pentru reîncadrarea sa în societate".

6. Aşadar, abordarea prin muncă a persoanelor cu deficienţe – inclusiv de intelect – şi cu stări consecutive de handicap, pregătirea lor pentru practicarea unor meserii accesibile, reprezintă calea principală de urmat, pentru a le asigura acestor persoane integrarea socială şi un trai decent.

În subcapitolele anterioare ale lucrării de faţă, ne-am străduit să demonstrăm, că preocupările în această direcţie a psihopedagogilor din ţara noastră s-au situat mereu în imediata apropiere a unor preocupări şi măsuri similare iniţiate în ţări avansate" în ceea ce priveşte pregătirea şcolară a copiilor şi adolescenţilor cu deficienţe de intelect. Astfel, dacă primele şcoli speciale şi de iniţiere practică pentru această categorie de copii şi adolescenţi au luat fiinţă, la începutul secolului trecut, în Transilvania, la Inău şi Cluj, prima şcoală specială profesională pentru aceeaşi categorie a fost înfiinţată în anul şcolar 1959 / 1960 , în comuna Apalina, în prezent cartier al Municipiului Reghin, deci tot în Transilvania.

Întâmplător sau nu, dar în acelaşi deceniu, **Mariana Roşca** de la Universitatea din Cluj – autoare citată frecvent în lucrarea de faţă – elabora volumul „Psihologia deficienţilor mintal", publicat în anul 1967 prin Editura Didactică şi Pedagogică din Bucureşti. Ultimul capitol al lucrării menţionate se referă tocmai la: „Pregătirea pentru muncă a debililor mintal şi a imbecililor", adică a celor cu deficienţe de intelect uşoare şi severe.

Făcând trimitere la importanta lucrare, elaborată de către **A. Binet** şi **Th. Simon** (1916), **M. Roşca** (1967, pag. 223) reproduce ideea acestora referitoare la faptul că eficienţa instituţiilor şcolare (inclusiv profesionale) pentru copii şi adolescenţi cu deficienţe de intelect, trebuie apreciată prin prisma gradului în care ele îi fac apţi pe aceştia „să-şi asigure existenţa – total sau parţial – prin munca lor". Se subliniază, de asemenea, ideea că „în general, randamentul deficienţilor în procesul muncii este mai bun decât prognosticul făcut în perioada şcolarizării lor".

Deosebit de interesantă este şi afirmaţia, bazată pe analiza unor date de cercetare, prin care s-a demonstrat comparativ că, în timp ce absolvenţi ai învăţământului special, testaţi după mai mulţi ani de muncă productivă, au demonstrat o creştere a nivelului lor mintal, exprimat în coeficienţi de inteligenţă, alţii – internaţi în spitale sau izolaţi în instituţii de ocrotire – au înregistrat o stagnare sau chiar un regres al nivelului intelectual, investigat psihometric.

În continuare, **M. Roşca** (*op. cit.*, pag. 224) afirmă că integrarea cu succes a deficientului într-un colectiv de muncă depinde, nu numai de particularităţile sale psihice sau de nivelul pregătirii sale, ci şi de particularităţile colectivului în care intră, de atitudinea de înţelegere, ajutor şi cooperare pe care o au partenerii de muncă faţă de el, inclusiv conducătorul echipei, grupului de lucru – acesta trebuind să manifeste înţelegere şi solicitudine şi să ofere deficientului o îndrumare binevoitoare.

3. DIAGNOZA CARACTERISTICILOR DIFERENŢIATOARE LA ŞCOLARII CU DEFICIENŢE / HANDICAP DE INTELECT [9]

1. Aspecte generale ale evaluării diagnostice

De regulă, conceptului de "diagnostic" i se acordă trei sensuri: general, medical şi psihologic. În primul sens, "diagnosticul este o recunoaştere, o identificare a unui proces, a unui fenomen sau a unei individualităţi, pornind de la detalii caracteristice". În cel de al doilea, diagnosticul are menirea de " a recunoaşte, în cazul concret, o anumită boală." În fine, în sensul în care ne interesează, mai ales pe noi, diagnosticul psihologic îşi propune să identifice semnele unui proces sau însuşirile unui fenomen psihic, pentru a preciza "apartenenţa la un anumit tip de personalitate" (Popescu-Neveanu, P., 1978, pag. 197).

Folosirea termenilor de diagnostic şi psihodiagnostic – sau a celor de terapie, psihoterapie, compensaţie, protezare – nu trebuie interpretată însă, ca o tendinţă de medicalizare a domeniului psihologiei şi mai ales al psihopedagogiei speciale, aşa cum există unele temeri. În fond, nici termenii de expertiză şi evaluare, pe care-i utilizăm adesea chiar în acest capitol, sau alţii, pe care-i utilizăm la fel de frecvent – investigaţie, tehnologie, proiectare etc. – nu reprezintă o tendinţă de tehnologizare a domeniului.

Mai degrabă, *utilizarea frecventă în domeniul pe care îl abordăm, a unor termeni şi denumiri comune sau împrumutate din alte domenii reprezintă expresia unor preocupări înrudite cu cele din domeniile respective şi reflectă, totodată, caracterul interdisciplinar, îndeosebi, al psihopedagogiei speciale*. De aceea, este foarte important ca, întotdeauna, să precizăm sensul pe care-l acordăm termenilor preluaţi din alte domenii ştiinţifice.

Subliniem, totodată, necesitatea cunoaşterii temeinice şi multilaterale – psihologică, pedagogică, medicală şi socială - a copiilor cu deficienţe de intelect, ca o condiţie obligatorie pentru elaborarea unor programe de intervenţie corectiv-formativă, la care aceştia trebuie să fie antrenaţi de timpuriu, deoarece:

- în primii ani de viaţă, plasticitatea sistemului nervos central este şi la deficienţi (inclusiv la cei de intelect) mai evidentă decât în etapele ulterioare ale dezvoltării, existând, astfel, condiţii mai bune pentru declanşarea şi stimularea mecanismelor compensatorii;
- abordarea timpurie asigură prevenirea instalării tulburărilor secundare ale dezvoltării (derivate din afecţiunea primară) şi a manifestărilor pseudocompensatorii.

De asemenea, trebuie subliniat *caracterul complex al procesului de cunoaştere a copiilor respectivi, diagnoza stărilor de handicap presupunând atât evaluarea nivelului dezvoltării bio-psiho-sociale, cât şi a capacităţilor de adaptare la cerinţele multiple ale şcolii*. Complexitatea activităţilor de evaluare şi de cunoaştere a deficienţei de intelect şi de diferenţiere a acesteia în raport cu alte stări, care implică fenomene de ineficienţă

[9] Preluare adaptată după: Radu Gh. (coord., 1999). „Introducere în psihopedagogia şcolarilor cu handicap", Ed. Pro-Humanitate, Bucureşti (cap. III, pp. 59-92), precum şi după: Radu Gh. "The formative in the orientation in the education of the persons with mental disabilities", în: Holst Jasper & colab. (2000) – *Evaluation of special education methods in Denmark, Spain and Romania* – Socrates – Comenius Project, Ed. Semne, Bucureşti.

adaptativă, rezultă din caracterul complex al etiologiei deficiențelor de intelect, precum și din varietatea cazuisticii concrete sub care ele se manifestă. În practică, *evaluarea deficienței de intelect se bazează pe un proces format din cel puțin patru componente fundamentale: a) diagnoza medicală, b) diagnoza psihologică (sau psihodiagnoza), c) evaluarea pedagogică și d) evaluarea situației sociale, în care trăiește cel investigat.*

Este evident că un asemenea proces complex poate fi desfășurat doar de către o *echipă multidisciplinară*, iar activitățile respective de diagnoză / evaluare trebuie să se desfășoare într-o perioadă mai îndelungată de timp și în strânsă legătură cu procesul învățării.

În opinia neuropsihologului american **Bruce F. Pennington** (2009, pag. 35), procesul de stabilire a unui diagnostic este similar, sub multe aspecte, cu procesul de testare a unei ipoteze din domeniul cercetării științifice. Astfel, o bună ipoteză, dar și un diagnostic corect ar trebui să fie sau să conțină mai mult decât o denumire descriptivă, de date și anume criterii explicite de diagnosticare în favoarea sau în defavoarea unei anumite afecțiuni. Bineînțeles, așa cum afirmă neuropsihologul citat "una din principalele diferențe între testarea ipotezei în cercetare și procesul de diagnosticare este că, dacă în cercetare, de regulă, cercetătorul se concentrează pe un grup, de cele mai multe ori atent selecționat, pentru a testa ipoteza urmărită, diagnosticianul se concentrează asupra unui anumit pacient, dar nu ales în mod intenționat. Prin urmare, diagnosticianul se ocupă întotdeauna de un N dintr-o masă, neputând exclude factorii de confuzie a priori." Astfel, putem concluziona, pe baza afirmației lui Pennington, că diagnosticul trebuie considerat un studiu de caz, un proces complex cu etape intermediare inițial nesigure, de incertitudine, în cadrul căruia deciziile diagnostice nu ar trebui luate fără date suficiente. Este important, pentru un bun diagnostician, să fie conștient de propriul sentiment de incertitudine sau confuzie și să nu recurgă la o decizie prematură a diagnosticului. Incertitudinea și confuzia cu privire la un caz anume sunt semnale clare că, probabil, este nevoie de mai multe date de cercetat.

Procesul de diagnosticare diferențială necesită, în opinia autorului american (mergând pe aceeași teorie a diagnosticului bazat pe un demers științific), o listă de diagnostice posibile (ipotetice) conform simptomelor și istoricului dezvoltării și, apoi, confruntarea acestor ipoteze cu noi date (oferite de familie, de rapoarte ale profesorilor, de observații privind comportamentul copilului în timpul evaluării, de testarea neuropsihologică). Astfel, ca și în cercetarea științifică, susținerea sau respingerea unei ipoteze necesită probe convergente, obținute prin mai multe metode și niveluri de analiză.

În țara noastră, conform legislației în vigoare, diagnosticul complex al deficienței de intelect este asigurat la nivelul câtorva instanțe oficiale și pe baza unor anume metodologii. În capitolul de față, ne vom referi mai pe larg doar la problematica psihodiagnozei în cazul deficienței de intelect.

2. Psihodiagnoza în evaluarea deficienței / handicapului de intelect

2.1. *Există o serie de condiții și cerințe, a căror respectare este de natură să asigure eficiența actului psihodiagnostic*, atât în general, cât și în cadrul diagnosticării complexe a deficienților. **Mariana Roșca** (1972) considera, de exemplu, că sunt de mare importanță:

- alegerea și folosirea acelor instrumente psihodiagnostice, care corespund cel mai bine investigării fenomenului psihic vizat;
- *compararea datelor obținute prin aplicarea de instrumente psihometrice cu date suplimentare obținute prin observație, prin analiza comportamentului celui investigat etc;*
- *evitarea abuzului de teste ș.a.*

La rândul său, **Ursula Șchiopu** (1976) evidenția:

- *caracterul relativ al funcției de predicție a psihodiagnozei*, până când dezvoltarea celui testat nu este încheiată;
- *valabilitatea limitată în timp* a rezultatelor psihodiagnozei și, în strânsă legătură cu aceasta, necesitatea unor reevaluări periodice (pentru a surprinde evoluția pozitivă sau negativă);
- *luarea în considerare, cu atenție deosebită, a perioadelor critice,* existente în dinamica dezvoltării fiecărui individ, precum și a momentelor de suprasolicitare, de stres etc.

2.2. Un alt aspect important de care ar trebui să se țină seama în psihodiagnoza diverselor tulburări este susceptibilitatea diagnosticienilor la informații predilecte, sau la prejudecăți denumite de unii autori „disponibilitate euristică". După **Groopman** (2007 *apud* **Pennington**, 2009), disponibilitatea euristică reprezintă probabilitatea ca diagnosticienii să se gândească prezumtiv la un diagnostic cu care se confruntă mai adesea și pe care-l reproduc insuficient de argumentat. Pentru preîntâmpinarea unor situații de acest fel sunt necesare, pe lângă o atitudine atentă, inclusiv o cercetare asiduă, prin metode diverse de diagnosticare. Spre exemplu, o situație care se potrivește criteriilor de diagnosticare pentru o tulburare anume poate avea, totuși, unele caracteristici ce sunt în contradicție cu aspectele cheie ale modelului teoretic al diagnosticului presupus. De exemplu, putem întâlni copii cu dislexie, dar fără probleme fonematice, sau un copil cu ADHD, fără disfuncții la nivel executiv.

În privința personalității diagnosticianului, **Pennington B. F.** (2009) este de părere că acesta ar trebui:

- să-și evalueze atent ipotezele cu privire la cazul investigat;
- să-și confrunte propriile convingeri dobândite din propria experiență clinică cu aceeași atitudine sceptică pe care ar aplica-o ipotezelor lansate de alții;
- să dețină informații actualizate cu privire la cercetările din domeniu;
- să fie deschis la modele neașteptate de abordare clinică.

2.3. Un material de referință, în legătură cu specificul psihodiagnozei, ca parte componentă a procesului de diagnostic complex al stărilor de handicap, inclusiv al handicapului de intelect, îl reprezintă studiul publicat de către **Emil Verza,** *în anul 1987, în Revista de Psihologie*, sub titlul „Diagnoză și prognoză în defectologie".

2.3.1. Primul lucru care ne reține atenția, chiar din titlul studiului, este asocierea noțiunii de *diagnostic psihologic cu cea de prognoză*, prin aceasta avându-se în vedere,

atât *prezumția evoluției copilului*, bazată pe datele investigațiilor psihologice, cât, mai ales, *proiectarea, pe o perioadă mai mult sau mai puțin îndelungată, a unor obiective, care, judecând după datele diagnozei psihologice, se întrevăd a fi posibile*. Desigur, autorul are în vedere faptul că cele două acțiuni complementare analizate – psihodiagnoza și prognoza – dobândesc în psihopedagogia specială o serie de particularități, în strânsă legătură cu diferențele psihoindividuale ale copiilor aparținând diferitelor categorii de handicap. Aceste particularități trebuie cunoscute, pentru a le avea în vedere în elaborarea programelor recuperativ-compensatorii și a metodologiilor instructiv-educative. Eficiența programelor și a metodologiilor respective și, totodată, corectitudinea psihodiagnozei și a prognozei sunt probate ulterior prin calitatea adaptării la condițiile de mediu și socioprofesionale ale celor care au fost supuși investigațiilor psihodiagnostice și cărora li s-a recomandat un anumit traseu de urmat în procesul recuperativ-compensator. Câteva dintre importantele idei preconizate de autorul citat necesită o mai amănunțită aprofundare.

2.3.2. Una dintre aceste idei se referă la faptul că diagnoza psihologică *are o valoare relativă*, limitată în timp, întrucât, în procesul evoluției sale, persoana cu deficiențe și stări consecutive de handicap manifestă inegalități de la o etapă la alta, atât ca urmare a particularităților propriilor mecanisme compensatorii, cât și datorită influențelor de mediu, îndeosebi a influențelor exercitate de educație și activitate. "Pentru a spori gradul de încredere în valoarea psihodiagnozei, examinarea – reexaminarea se efectuează la un interval de timp ce trebuie apreciat în raport cu capacitatea ce se măsoară, de ritmul achizițiilor subiectului și de calitatea / cantitatea procesului în care este implicat subiectul pe linie informativă și formativă la un moment dat" (*op. cit.*, pag. 294). În același scop, al măririi credibilității obiectivelor pe care le urmărește, *psihodiagnoza la persoanele cu deficiențe* – în concepția lui **Emil Verza** – *trebuie să vizeze*:

- diferențierea tulburărilor organice de cele funcționale în producerea stării de handicap;
- stabilirea rolului factorilor socio-culturali și familiali;
- depistarea factorilor etiologici;
- estimarea nivelului de handicapare (psihică, senzorială, motrică etc.) în raport cu gravitatea deficienței și/sau a incapacităților implicate, dar și în raport cu perspectivele de dezvoltare;
- prognoza șanselor de influențare corectivă și alegerea, în acest scop, a metodologiilor adecvate.

2.3.3. O altă idee care se desprinde din studiul citat, se referă la necesitatea ca *psihodiagnoza la persoanele cu deficiențe, inclusiv de intelect, să se desfășoare pe baza utilizării unor mijloace variate, autorul sugerând alegerea, prioritară a acelor teste / probe* etalonate pentru investigarea diferitelor funcții psihice ale copiilor cu deficiențe, *care se pretează la situații ludice și la situații de învățare.*

Interpretate, mai ales prin prisma dinamicii lor de la o etapă la alta, rezultatele psihodiagnozei sunt cele care înlesnesc prognoza, adică permit previziunea evoluției apropiate și, de pe această bază, stabilirea, în continuare, a programelor de recuperare.

Autorul subliniază, de asemenea, importanţa, pentru diferenţierea activităţilor recuperative, atât a prognozei de scurtă durată, cât şi a prognozei vizând *o perioadă mai îndelungată.* Se menţionează că *prognoza de mai scurtă durată la copiii cu diferite deficienţe nu trebuie să depăşească zece-douăsprezece luni*, în timp ce la copiii fără probleme, ea se poate prelungi la peste un an şi jumătate. Limitarea prognozei de scurtă durată la mai puţin de un an este extrem de importantă la copiii cu deficienţe de intelect, mai ales în primele etape de aplicare a unor programe recuperatorii, când orice schimbare evidentă de performanţă trebuie luată prompt în considerare, pentru eventuale ajustări în programele respective şi chiar pentru reorganizări de fond şi reorientări operaţionale.

Cele două forme de prognoză – de scurtă şi de lungă durată – se constituie în elemente ale tratării individualizate în procesul recuperării. "Reperele compensative de care dispune subiectul constituie punctul central şi forte al prognozei de scurtă durată, în timp ce prognoza de lungă durată implică organizarea treptată a statutelor şi rolurilor sociale, posibil de atins pentru fiecare handicapat " (*op. cit.*, pag. 297).

2.3.4. În finalul studiului său, **Emil Verza** evidenţiază câteva dintre *cerinţele deontologice,* care trebuie îndeplinite în actul psihodiagnostic, exercitat asupra copiilor cu deficienţe, inclusiv a celor cu deficienţe de intelect:

- *asigurarea încrederii în examinator* ;
- *asigurarea condiţiilor pentru înlăturarea stării de anxietate*, care la unii copii cu deficienţă de intelect se manifestă accentuat în timpul examinărilor;
- *asigurarea unei stări de confort pe timpul examinării* şi eliminarea influenţelor negative din exterior.

În sistemul complex de diagnoză a stărilor de handicap, psihodiagnoza reprezintă un element catalizator. Autorul consideră că psihodiagnoza însăşi este formată din două sectoare fundamentale, puternic corelate între ele, fiecare bazându-se pe câte patru modalităţi investigative:

a) *Psihodiagnoza etiologică,* bazată pe *anamneză*, pe *convorbiri* şi *chestionare*, pe *analiza produselor activităţii* şi pe *analiza mediului de viaţă;*
b) *Psihodiagnoza de stare*, bazată pe *observaţie*, pe diferite *probe/teste de inteligenţă, teste de aptitudini* şi *teste de personalitate.*

Aici mai trebuie menţionat, după părerea noastră, şi un al treilea demers psihodiagnostic – prezent, ca idee, în noţiunea de prognoză – anume: psihodiagnoza proximei dezvoltări (sau prognoza apropiată), bazată pe o *orientare dinamică şi pe instrumente de tipul probelor formative*, la care ne vom referi în subcapitolele următoare.

Analizând raportul dintre psihodiagnoza stării în care se află copilul la un moment dat (adică în momentul investigaţiilor) şi previziunea schimbărilor imediate, pe care el le va suporta, **Mihai Golu** (1997, pag. 19) pune accentul pe importanţa deosebită pe care o au, în psihodiagnoza vârstelor timpurii, schimbările pe care le suportă copilul: "la acest nivel, raportul dintre stare şi schimbare (transformare) este în favoarea celei din urmă; starea este un scurt răgaz pe continuumul schimbărilor, al devenirii ". Rezultă că, evaluând *copilul pentru a-l putea stimula mai bine în procesul dezvoltării sale, pe lângă elucidarea nivelului la care el se află în momentul dat – adică pe lângă delimitarea zonei dezvoltării sale actuale – este cel puţin la fel de importantă evidenţierea ritmurilor specifice în dezvoltare, adică a vitezei cu care el avansează spre propria zonă a proximei*

dezvoltări şi, în continuare, spre o prezumtivă zonă a dezvoltării în perspectivă. De asemenea, este important să observăm din timp eventualele semne, care prevestesc, uneori, la astfel de copii, o posibilă stagnare şi chiar o involuţie a dezvoltării, spre o zonă pe care o numim „zona posibilului regres", fenomen determinat de înrăutăţirea condiţiilor de existenţă la unii dintre copiii şi adolescenţii cu deficienţă de intelect: îmbolnăviri de mai lungă durată, absenteism şcolar, un nou anturaj cu influenţe destabilizatoare etc., fenomene asupra cărora informaţii preţioase putem obţine de la familii, îndeosebi de la mamele copiilor. Reproducem, în continuare, schema grafică sintetică, a „zonelor dezvoltării inteligenţei" la copii şi adolescenţi (figura 2).

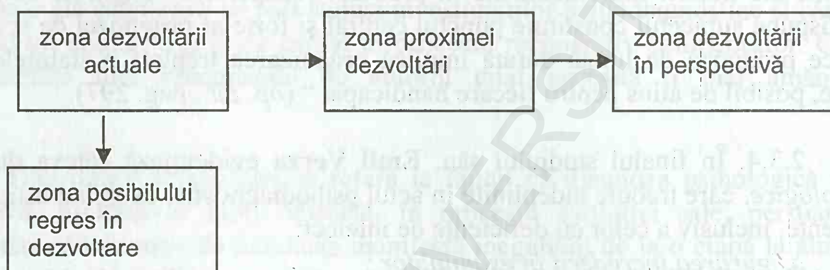


Fig. 2 **Zonele dezvoltării inteligenţei la copii şi adolescenţi**
(preluate şi completate după L.S. Vâgotski).[10]

2.4. Încercând acum să rezumăm câteva dintre elementele de specific propriu-zis al psihodiagnozei la copiii şi adolescenţii cu deficienţă de intelect – pe care le-am amintit, sub o formă sau alta, pe parcursul expunerii noastre – este necesar să menţionăm că acest specific nu trebuie înţeles în mod absolut. Practic, *nu există cerinţe valabile exclusiv pentru psihodiagnoza doar la anumiţi copii, ci există cerinţe care, fiind valabile în psihodiagnoza generală, dobândesc o semnificaţie aparte în psihodiagnoza fiecărei categorii de persoane cu deficienţe şi stări consecutive de handicap*, inclusiv a celor cu deficienţe/handicap de intelect.

2.4.1. Eficienţa intervenţiei recuperatorii, *în cazul copiilor cu deficienţe de intelect, depinde, în mare măsură, de abordarea precoce a acestora în procesul organizat de terapie complexă.* De aici, rezultă *necesitatea imprimării unui caracter timpuriu* activităţilor de depistare şi diagnoză a copiilor cu asemenea deficienţe, precum şi a altor copii cu nevoi de sprijin, mai uşoare decât cele provocate de deficienţa propriu-zisă de intelect, dar evidente şi generatoare de dificultăţi întâmpinate în activităţile de învăţare şi de adaptare la exigenţele comunităţii.

Desigur, nu se poate formula cerinţa unui diagnostic diferenţial al deficienţei/handicapului de intelect, chiar din primii ani de viaţă, deşi, în unele forme etiologice şi de manifestare clinică – de pildă, în cazul maladiei Down – acest lucru este posibil, chiar din primele zile de după naştere. *Este, însă foarte important, de observat,*

[10] Iniţial, această schemă a fost publicată în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 2/2009, pag. 124.

cât mai devreme, apariţia şi manifestarea unor întârzieri, abateri de la traseul obişnuit al dezvoltării, precum şi dizarmonii în dezvoltare, pe care le prezintă unii copii, fenomene ce trebuie interpretate ca semnale ale unor posibile viitoare deficienţe. În acest sens, însă, aşa cum subliniază **R. Feuerstein** (1991) şi alţi specialişti, este de preferat ca – pornind de la manifestările concrete şi urmărind cu atenţie evoluţia copilului – în concluziile actului psihodiagnostic, *să admitem, mai degrabă, o subestimare a gravităţii stării de handicap, decât o exagerare a acesteia, adică este mai bine să pornim de la premisa existenţei la copil, pe lângă insuficienţele sale, a unor capacităţi potenţial compensatorii mai ridicate, decât să ignorăm aceste capacităţi* şi să ne situăm, în intervenţia terapeutică, pe o poziţie defavorabilă copilului.

O atenţie deosebită, în cadrul diagnosticului diferenţial al unor deficienţe mai accentuate, ar trebui dată problemei comorbidităţii care reprezintă o „asociere de două sau mai multe afecţiuni sau tulburări diferite şi independente, aşa cum sunt ele individualizate pe baza clasificărilor actuale" (Feinstein, A., R., 1970 *apud* Juillet, P., 2000). Astfel, o afecţiune comorbidă poate exista sau poate apărea în cursul evoluţiei clinice a unui pacient ce prezintă o afecţiune cunoscută, conceptul născându-se în urma studiilor de epidemiologie şi având adesea implicaţii prognostice defavorabile. Tipul acesta de asociere este de regulă divers, plecând de la relaţii de cauzalitate (între o tulburare şi alta) sau de la factori etiologici comuni, până la manifestări distincte ale aceleiaşi afecţiuni, sau stadii diferite ale aceleiaşi afecţiuni (ultimele două cunoscute sub numele de „falsă comorbiditate"). După câte se pare, în literatura de specialitate psihopedagogică din România, „comorbiditatea" este numită, mai frecvent, „stare de handicap multiplu" sau de „polihandicap".

2.4.2. O altă cerinţă a psihodiagnozei la copiii cu deficienţe de intelect se referă – cum, de altfel, *am mai menţionat acest lucru şi anterior - la prelungirea în timp şi la implicarea sa, ca element de feed-back, în intervenţia terapeutică. Psihodiagnoza, la copiii cu deficienţe de intelect, dobândeşte, astfel, un caracter de permanenţă*, acest fapt având implicaţii majore asupra modului concret de organizare a procesului de evaluare diagnostică. Astfel, investigaţiile periodice de evaluare, implicând aplicarea de probe şi tehnici standardizate, trebuie să alterneze cu observarea permanentă şi cu analiza comportamentului celui vizat în toate activităţile sale de autoservire, de învăţare, de muncă manuală şi, desigur, în mod deosebit, în activităţile ludice la care participă mai mult sau mai puţin sistematic, încă din perioada preşcolară.

Implicarea părinţilor în procesul de cunoaştere a propriilor copii reprezintă o componentă importantă a evaluării corecte a acestora, întrucât părinţii – îndeosebi mama – sunt cei care îl pot observa foarte de timpuriu şi pot contribui cu informaţii concrete referitoare la evoluţia şi caracteristicile sale, de la comportamentul cotidian, la insuficienţele sale, dar şi la eventualele aspecte pozitive. Părinţii pot furniza, de asemenea, date referitoare la istoricul maladiilor şi accidentelor suferite de copil, încă de la naştere, la comportamentul său emoţional şi social în familie, în relaţiile cu ceilalţi copii.

2.4.3. În strânsă legătură cu caracterul de permanenţă şi influenţându-se reciproc, ***se reliefează o altă trăsătură a psihodiagnozei în educaţia specială: caracterul său complex***. Aşa cum am văzut, psihodiagnoza face parte, ca verigă importantă, dintr-un întreg lanţ al procesului de cunoaştere şi de stimulare a dezvoltării la copiii cu deficienţe.

Psihodiagnoza însăşi are – după **Emil Verza** (1987) – o structură complexă, implicând *diagnoza etiologică (genetică) şi diagnoza de stare*. În timp ce *diagnoza etiologică sondează originile şi urmăreşte traseul şi dinamica dezvoltării la persoanele cu handicap, cea de stare vizează elucidarea caracteristicilor negative, dar şi a celor pozitive, cu alte cuvinte, scoate în evidenţă dificultăţile întâmpinate de subiectul în cauză, dar şi elementele mai bine păstrate în structura sa psihică, de la care trebuie să se pornească în intervenţia corectiv-formativă.*

2.4.4. Încă o trăsătură a psihodiagnozei, care trebuie subliniată, când ne referim la domeniul educaţiei speciale, *o reprezintă caracterul său formativ, precum şi de predicţie a proximei dezvoltări*, de proiectare a paşilor următori în intervenţia terapeutică. Aceasta presupune *transformarea instrumentelor de investigare clasică a nivelului dezvoltării psihice, prin teste psihometrice, în exerciţii de învăţare formativă, cu alte cuvinte, într-un sistem de sondare a dinamicii dezvoltării în perspectivă.* Altfel spus, este vorba despre o aprofundare a cunoaşterii psihologice a persoanei cu deficienţe şi cu nevoi deosebite de sprijin, în chiar procesul de rezolvare a acestor nevoi.

3. Orientarea formativă a procesului evaluării deficienţei/handicapului de intelect

3.1. Referindu-ne mai sus la specificul evaluării în psihopedagogia specială, am menţionat *existenţa câtorva aspecte asupra cărora trebuie insistat în mod deosebit*, pentru ca activitatea de psihodiagnoză, în cazul copiilor cu deficienţe şi nevoi speciale în domeniul educaţiei, să fie cât mai eficientă: *a) abordarea timpurie, b) caracterul de permanenţă, c) caracterul complex şi d) caracterul formativ.*

La acestea, mai trebuie adăugată şi *ideea unităţii interpretative, în sensul de-a asigura corelarea datelor psihodiagnostice cu datele furnizate de celelalte componente ale diagnozei complexe,* adică de evaluarea medicală, de cea pedagogică şi de cea socială, toate în perspectiva formulării clare a concluziilor diagnostice şi *în vederea stabilirii programului adecvat de intervenţie corectiv-formativă, fie în grup, fie personalizat, ţinând cont de caracteristici comune, cât şi de particularităţi individuale.*

De asemenea, este necesar să scoatem în evidenţă faptul că, *aceste caracteristici ale diagnozei eficiente s-au conturat pe parcursul acumulării de experienţă, în însuşi procesul studierii îndelungate a numeroşi şcolari cu probleme.* În acest proces, iniţial, s-a pus accentul pe scoaterea în evidenţă a uneia din caracteristicile copiilor respectivi – întârzierea în dezvoltare. Era perioada dezvoltării susţinute şi a utilizării cu predilecţie a instrumentelor psihometrice, *perioada insistenţei pe diferenţele cantitative dintre copiii cu şi fără deficienţe, exprimate în „vârste mintale" (V.M.) şi „coeficienţi de inteligenţă" (C.I.).* A urmat apoi, ca o reacţie firească, deplasarea spre *aspectele calitative ale dezvoltării, reflectate în descrierea unor sindroame şi evidenţierea unor trăsături caracteristice, pe categorii şi grade ale deficienţelor.* Din păcate, însă, au început să fie tratate cu indiferenţă, şi chiar ignorate, aspectele cantitative ale dezvoltării, aspecte care, totuşi, există obiectiv şi care trebuie avute în vedere în stabilirea diagnosticului, precum şi în elaborarea programelor de intervenţie, diferenţiate în raport de simptomatologia de grup, de exemplu, în cazurile determinate genetic, dar şi de particularităţile individuale, mai ales în cazurile cu etiologie exogenă, uneori târzie, inclusiv în cazurile de

pseudodeficienţă mintală, la care etiologia este prioritar socială şi postnatală. Capacităţile intelectuale ale unor asemenea pseudodeficienţi sunt mediocre, iar posibilităţile lor de adaptare, inclusiv şcolară, sunt scăzute, datorită unor frecvente tulburări ale afectivităţii şi comportamentului, tulburări care se asociază insuficienţelor intelectuale de limită.

3.2. ***Ca o tendinţă de echilibrare a situaţiei create prin exagerarea importanţei, fie a parametrilor cantitativi, fie a celor calitativi ai dezvoltării, a apărut şi se dezvoltă orientarea formativă.*** Prin această orientare, în activitatea de psihodiagnoză se urmăresc atât aspectele cantitative (indicii de întârziere), cât şi cele calitative (dezechilibrele, dizarmoniile), dar, mai ales, se urmăreşte perspectiva, făcându-se prezumţii asupra evoluţiei copilului investigat, sub influenţa intervenţiei corectiv-formative dirijate, cu alte cuvinte, se urmăreşte *prognoza proximei dezvoltări şi chiar prognoza dezvoltării într-o perspectivă* ceva mai îndepărtată, adică ceea ce este probabil să se întâmple dincolo de dezvoltarea proximă.

3.2.1. În literatura de specialitate, se subliniază faptul că, într-o activitate de învăţare, îmbunătăţirea performanţelor, ca rezultat al ajutorului acordat şi al exerciţiilor efectuate, nu se produce la toţi subiecţii în acelaşi ritm.

După ***Beniamin Zörgö*** (1976, pag. 143), tocmai *ritmurile diferite de ameliorare a performanţelor pot fi considerate "un indice mai valid al capacităţilor intelectuale, decât performanţele realizate la o singură încercare"*, aşa cum se petrec lucrurile în modalitatea clasică de testare a inteligenţei.

La rândul său, **Ion Radu** (1976, pag. 43) consideră că metodele formative de diagnoză trebuie aplicate în două faze fundamentale:

- *în faza iniţială, în care examinarea are un caracter constatativ şi se desfăşoară similar cu aplicarea tradiţională a diferitelor probe diagnostice;*
- *în faza de intervenţie, în care "testarea continuă, oferindu-se, pentru probele nerezolvate, elemente de sprijin într-o anumită gradaţie, pentru a sonda capacităţile latente, blocate eventual de o stare de tensiune sau de alte condiţii. Ieşirea din cadrul standardizat şi prelungirea testării într-un act de învăţare, cu ajutoare programate, vizează mecanismele interne de achiziţie (s.n.), graţie cărora subiectul este în măsură să beneficieze de învăţare".*

În aceeaşi perspectivă, ***evidenţierea raportului dintre activitatea de învăţare şi acumulările în planul dezvoltării ni se înfăţişează ca fiind unul dintre indicii calitativi de bază ai diagnosticului diferenţial*** (s.n).

3.2.2. *Orice probă clasică de psihodiagnostic poate fi modificată, pentru a deveni o probă formativă.* În fond, ar fi neconform cu realitatea să afirmăm că testele psihometrice clasice nu sondează decât gradul de informare a celui investigat, ignorând operativitatea gândirii. Este suficient să analizăm valenţele oricărui test de inteligenţă – spre exemplu, a unei baterii de tip Binet-Simon (B.S.) – pentru a ne convinge că, *pe lângă gradul de informare a celui investigat, mai este vizată şi capacitatea lui de înţelegere, de stocare şi de reproducere, de operare logică, de comunicare etc.*

Potrivit orientării formative, investigaţiile psihodiagnostice urmăresc nu numai evidenţierea nivelului actual al dezvoltării subiectului investigat ci şi, eventual, explicarea cauzelor şi a evoluţiei acestei dezvoltări de-a lungul etapelor parcurse. *Orientarea formativă îşi propune, totodată, să anticipeze, într-o manieră activă, dinamica dezvoltării psihice sub influenţa învăţării.*

Prin manieră formativă, actul psihodiagnostic se întregeşte, deoarece el abordează *prezentul – sau psihodiagnoza de stare* (după **Emil Verza**, 1987) *nu doar prin prisma trecutului,* adică *a istoriei dezvoltării sale (psihodiagnoza etiologică),* ci şi în perspectiva viitorului, adică a previziunii evoluţiei în etapa imediat următoare, cu alte cuvinte, *prognoza consecutivă diagnozei.* Dar aici nu este vorba de o evoluţie spontană, întâmplătoare, ci de *o evoluţie dirijată, în şi prin activitatea de învăţare, spre valorificarea potenţialului individual al fiecăruia dintre subiecţii investigaţi.*

Din ansamblul instrumental al psihologiei aplicate, *printre cele mai apropriate orientări formative sunt considerate probele psihogenetice piagetiene, adică probele operatorii.* La noi, aceste probe au fost experimentate şi utilizate în cercetarea psihopedagogică de către **Niculina Obrocea** (1971), **Tiberiu Kulcsar** (1979) ş.a.

3.2.3. Pentru fundamentarea orientării formative şi asigurarea caracterului dinamic al actului psihodiagnostic, *o deosebită valoare dobândeşte cunoscuta teorie psihologică cu privire la zonele dezvoltării,* pe care, de altfel, am ilustrat-o inclusiv grafic, la subpunctul 2.2.4. Susţinând această teorie, **L.S. Vâgotski** (1934, trad. 1971) consideră că, în aprecierea nivelului de moment şi a perspectivelor ce se întrevăd, trebuie avute în vedere concomitent:

a) ***zona actuală a dezvoltării,*** la nivelul căreia copilul aflat într-o situaţie de învăţare, poate acţiona eficient, cu forţe proprii, fără a avea nevoie de ajutorul (sprijinul, îndrumarea) unei alte persoane;

b) ***zona proximei dezvoltări***, la nivelul căreia copilul poate acţiona eficient, dacă este ajutat şi dirijat, adică dacă beneficiază de sprijin din exterior, de regulă, al dascălului, dar şi al oricărei alte persoane capabile să-i medieze, să-i înlesnească înţelegerea, adică să-i faciliteze accesul la informaţie.

Desfăşurându-se în zona dezvoltării (mintale) actuale, învăţarea empirică (spontană, nedirijată) nu dispune de valenţe formative deosebite, deoarece ea nu solicită copilul la un efort intelectual sistematic şi, cât de cât, intens. *Pentru a fi eficientă în sens formativ, învăţarea trebuie proiectată astfel încât să acţioneze în zona proximei dezvoltări, adică să-l solicite pe copil cu un pas peste capacităţile lui de învăţare spontană, în momentul dat.* În această perspectivă, învăţarea dobândeşte un caracter stimulativ şi urmăreşte nu atât acumularea de material informativ – dar şi aceasta – cât, mai ales, antrenarea capacităţilor potenţiale de care dispune copilul, accelerarea dezvoltării sale, cu alte cuvinte, *transformarea continuă a zonei proximei dezvoltări în zonă a dezvoltării actuale, forţa motrică a acestei dezvoltări accelerate găsindu-se în resursele interne ale învăţării ca factor dinamizator, adică ale unei învăţări formative, dinamice.*

Comparativ cu copiii care dispun de o dezvoltare mintală normală, *cei cu deficienţe reale de intelect, de aceeaşi vârstă cronologică, se deosebesc, atât prin zona actuală a dezvoltării inteligenţei lor, mult rămasă în urmă, cât şi prin zona proximei dezvoltări a aceluiaşi parametru (adică, a inteligenţei), mai restrânsă, mai limitată.* În ceea ce-i priveşte pe copiii cu pseudodebilitate mintală, ei se caracterizează tocmai prin faptul că, sub aspectul zonei actuale a dezvoltării, se situează, în momentul dat, mai aproape de nivelul debilităţii mintale propriu-zise (cu care se confundă), fiind mult rămaşi în urmă faţă de parametrii obişnuiţi, normali, ai dezvoltării la vârsta respectivă. Drept consecinţă, în activităţile de învăţare independentă, ei manifestă, la fel ca şi debilii mintal

autentici, o eficienţă scăzută. Sub aspectul zonei proximei dezvoltări, aceşti copii se situează, însă, mai aproape de posibilităţile copiilor cu intelect normal. Ei dispun de perspective mai largi de dezvoltare, iar, în învăţarea dirijată – adică, aşa cum se exprima **L.S. Vâgotski** , "sub îndrumarea adulţilor şi în colaborare cu parteneri mai inteligenţi" (trad. 1971, pag. 400) – ei demonstrează o eficienţă superioară faţă de cea manifestată, în aceleaşi condiţii, de către copiii cu debilitate mintală propriu-zisă.

Prin urmare, orientarea formativă în procesul cunoaşterii copiilor cu deficienţe de intelect, este de natură să asigure, inclusiv, o anume ameliorare a diagnosticului lor diferenţial şi să prevină apariţia unor greşeli în orientarea copiilor respectivi spre instituţii şcolare şi de asistenţă, precum şi în alegerea modalităţilor adecvate de intervenţie instructiv-educativă şi terapeutică.

Pe baza unor cercetări laborioase în domeniul evaluării dinamice, au fost puse în evidenţă diferenţe majore, existente între metodologia clasică de psihodiagnoză – bazată pe aplicarea tradiţională a testelor de inteligenţă – şi diagnosticul dinamic-formativ, acesta din urmă fiind, după **Ştefan Szamosközi** (1997, pag. 31):

- *mai comprehensiv, în sensul că poate face aceleaşi selecţii şi predicţii, ca şi metodele clasice, dar, în plus, oferă indici ai profitului cognitiv;*
- *mai discriminativ, identificând nu numai nivelurile intelectuale pe care le putem stabili prin testele cunoscute, ci şi diferenţe în interiorul acestor niveluri. Acolo unde probele clasice sunt "opace" (de exemplu, în cazul "intelectului de limită") probele formative detectează subcategorii;*
- *mai util psihopedagogic, orientând intervenţia psihologică şi educaţia cognitivă spre ameliorarea performanţelor intelectuale (s.n.).*

Totuşi, autorul citat *nu consideră* – şi face acest lucru pe bună dreptate – *că metodologia psihometrică tradiţională ar trebui înlocuită total prin metodologia formativă.* Aceasta din urmă reprezintă doar o completare deosebit de valoroasă, o întregire a sistemului complex de psihodiagnoză. *Utilizarea probelor de diagnostic formativ este importantă şi necesară îndeosebi atunci când testele psihometrice clasice se dovedesc a fi nediferenţiatoare.* De exemplu – după cum am menţionat deja – delimitarea cazurilor de pseudodebilitate, în zonele de graniţă ale deficienţei de intelect, cât şi în zonele marginale ale stării de normalitate, nu este accesibilă metodologiei psihometrice clasice, dar este posibilă cu ajutorul probelor de diagnostic dinamic, formativ. Depistând, astfel, la o parte dintre copiii cu intelect de limită – îndeosebi la cei cu pseudodeficienţă mintală – posibilităţi mai largi ale proximei dezvoltări, probele de diagnostic dinamic-formativ reuşesc să evidenţieze capacităţile "ascunse", mascate ale acestora de-a evolua – desigur, în condiţii optime de stimulare – din ce în ce mai aproape de ritmurile normale pentru vârsta dată.

3.2.4. Bazată pe ideea intervenţiei active, a influenţării dirijate, în scopul valorificării maxime a capacităţii reale de învăţare şi dezvoltare a fiecărui copil, ***orientarea formativă schimbă optica tradiţională asupra sistemului de diagnoză, transformând-o dintr-o abordare constatativă, statică, a celor investigaţi, într-o abordare dinamică, stimulativă.*** Orientarea formativă influenţează puternic, inclusiv practica intervenţiei ameliorative, organizată cu copiii şi adolescenţii, care prezintă diferite tulburări ale dezvoltării, inclusiv insuficienţe mintale, mai mult sau mai puţin accentuate. Această orientare stă la baza elaborării unor modele de intervenţie instructiv-

educative şi terapeutice mai eficiente, având ca element central **învăţarea mediată.** Reamintim că învăţarea mediată este acel tip de activitate cognitivă, în cadrul căreia accesul copilului / şcolarului la noua informaţie şi la demersul rezolutiv operaţional este (inter) mediat de către o altă persoană – dascăl, părinte sau chiar un elev mai bine pregătit şi dezvoltat – care-l susţine afectiv şi-l ajută să înţeleagă şi să facă ceea ce i se cere, acţionând într-o zonă – zona proximei dezvoltări – care depăşeşte, mai mult sau mai puţin accentuat, capacităţile sale de rezolvare independentă.

3.2.4.1. Un asemenea model de învăţare mediată este modelul inspirat din teoria cultural-istorică vâgotskiană asupra dezvoltării psihicului uman, model elaborat şi verificat, experimental, de către R. Feuerştein şi colaboratorii săi (1991) – în Israel şi alte câteva ţări – sub forma unui „program de îmbogăţire instrumentală". Modelul se aplică persoanelor – copii şi adolescenţi – cu „funcţionare cognitivă deficitară" şi se bazează pe ideea învăţării formative, mediate.

După cum subliniază **Ioana Manolache** (1999, pag. 33) – care a aplicat experimental, cu şcolari din Bucureşti, programul de îmbogăţire instrumentală – „funcţionarea deficitară poate fi corectată prin proiectarea unor activităţi de învăţare mediată, în cadrul cărora, copilul exersează, sub îndrumarea unui profesor / formator, diferite conduite. Prin exersarea mediată a conduitelor i se organizează, restructurează şi perfecţionează structurile mintale vechi şi îşi creează conduite noi".

Ana Roth-Szamosközi (1998, pag. 73) subliniază faptul că „scopul major al folosirii programelor de îmbogăţire instrumentală este de a creşte flexibilitatea structurilor cognitive faţă de experienţele de învăţare ". În cadrul programelor respective, copiii sunt ajutaţi, de către adulţi, să-şi formeze strategii adecvate de învăţare. Ei sunt sprijiniţi să-şi conştientizeze propriile capacităţi de a învăţa, pentru a le stimula în dezvoltarea lor şi a le folosi în mod eficient. Cu alte cuvinte, în activitatea de învăţare mediată, adultul, care înlesneşte acest proces, mediază "nu doar cunoştinţe, ci şi *capacităţile metacognitive* (s.n.) ale copiilor". Făcând trimitere la ideile promovate de **J.G. Borkovski** (1985), **E. Robinson** (1987) ş.a. şi referindu-se la copii care întâmpină dificultăţi în învăţare, autoarea citată menţionează că, la aceştia, deficitele metacognitive sunt în strânsă legătură cu "lipsa lor de experienţă în faţa problemelor" (*idem*, pag. 121).

La şcolarii cu handicap de intelect, deficitele metacognitive sunt cu atât mai mari, cu cât lipsa de experienţă a şcolarilor respectivi, în rezolvarea situaţiilor problemă, se asociază, după cum este binecunoscut practicienilor din învăţământul special, cu *o bogată experienţă a eşecului*, experienţă negativă, demobilizatoare. De aceea, în cazul şcolarilor respectivi, după părerea noastră, deosebit de important este ca, în activitatea de învăţare, ei să fie ajutaţi să-şi conştientizeze, atât propriile dificultăţi în învăţare – cu scopul de-a se deprinde să le evite (ocolească), să le preîntâmpine şi chiar să le depăşească – cât şi unele aspecte mai bine reprezentate în profilul lor psihologic, pe care le au şi pe care se pot sprijini. Pare a fi justificată ipoteza că, prin abordare metacognitivă a proceselor învăţării, am putea găsi – făcând, desigur, apel la investigaţii, inclusiv experimentale – unele modalităţi de stimulare a mecanismelor compensatorii, mai ales la copiii cu deficienţe de intelect uşoare şi cu fenomene liminare. Pentru aceşti copii – îndeosebi atunci, când au ajuns în clasele mai mari, trebuie căutate cu insistenţă, în perspectiva aplicării, modalităţi de stimulare a capacităţii de autoanaliză şi autodirijare a propriei activităţi cognitive.

3.2.4.2. Un alt interesant model de intervenție, fundamentat pe teoria învățării formative, a dobândit o largă răspândire în chiar țara de baștină a lui **L.S. Vâgotski** – Federația Rusă, țară în care sunt organizate, în sistemul școlilor de masă, numeroase clase diferențiate pentru copii cu dificultăți de învățare și de adaptare școlară, inclusiv cu întârzieri și insuficiențe ale dezvoltării intelectuale. Purtând denumirea prescurtată de „clase CRO" – ***clase de instruire formativ-corectivă*** – acestea se bazează pe principiul intervenției timpurii și sunt organizate doar la nivelul claselor primare ale învățământului obișnuit. Ele au un curriculum similar cu cel al învățământului primar, eșalonat însă, pe durata a cinci ani de studiu (în loc de patru), clasa adăugată fiind, de fapt, o clasă pregătitoare în vederea debutului școlar.

Referindu-se la principiile care stau la baza activităților în „clasele CRO", precum și la obiectivele formativ-corective urmărite la aceste clase, **S.G. Șevcenko** (1999) subliniază că ***sistemul metodologic aplicat la clasele respective se bazează pe învățarea formativă, orientată prioritar în direcția „formării zonei proximei dezvoltări" a fiecărui copil,*** a valorificării optime a capacităților reale ale acestuia și a corectării-compensării insuficiențelor sale, prezente mai ales în sfera cognitivă și comunicațională.

Din cele prezentate mai sus, rezultă că orientarea formativă, bazată pe învățare mediată, dinamică, poate avea consecințe importante, atât asupra modalităților (tehnicilor) de cunoaștere psihodiagnostică și de înțelegere a particularităților copiilor cu diferite probleme de adaptare școlară; cât și asupra sistemului de intervenție ameliorativă, vizând depășirea dificultăților întâmpinate de copiii respectivi.

După părerea noastră, în prezent este necesară *intensificarea eforturilor în ambele aceste direcții și urmărirea* sistematică a câtorva obiective prioritare:

- *implementarea, în practica educației speciale, a unor modele de intervenție terapeutică, bazate pe învățare formativă, mediată și dinamică;*
- *transformarea acestor modele în axă curriculară a programelor de intervenție terapeutică, aplicată atât în școli speciale pentru copiii cu deficiențe de intelect, cât și în formele integrate de educație specială din școlile obișnuite, unde sunt cuprinși numeroși copii cu intelect liminar, inclusiv cu pseudodeficiențe de intelect și, adesea, cu tulburări comportamentale asociate;*
- *perfecționarea instrumentelor existente și crearea unor noi instrumente de investigare și cunoaștere a copiilor cu dificultăți de învățare și adaptare, inclusiv ale celor determinate de deficite ale dezvoltării intelectuale.*

În concluzie, reținem că psihodiagnoza modernă, formativă, țintește, pe lângă formularea unui diagnostic complex, inclusiv evidențierea specificului dinamicii dezvoltării și a capacităților reale de progres la subiecții investigați.

3.3. Modalitatea principală, pe care psihodiagnoza formativă o folosește în scopul amintit, o reprezintă antrenarea celor investigați într-un proces de învățare mediată, desfășurat pe parcursul a cel puțin trei etape principale:

a) *etapa sondajului inițial*, în timpul căreia se urmărește nivelul actual al dezvoltării fiecărui subiect investigat, deci posibilitățile lui de-a acționa eficient într-o activitate independentă;

b) *etapa intervenţiei formative*, în care, prin exerciţii variate de învăţare mediată, se urmăresc caracteristicile proximei dezvoltări a subiectului respectiv şi propulsarea sa continuă spre această zonă, precum şi spre zona dezvoltării sale în perspectivă;

c) *etapa evaluării rezultatelor obţinute prin intervenţia formativă*, pe baza cărora se apreciază capacitatea de progres a subiectului, se formulează prognoza şi sfatul de orientare şcolară în continuare, inclusiv (spre finalul şcolarizăriii obligatorii) sfatul de orientare profesională spre munci accesibile şi lipsite de eventuale contraindicaţii. De exemplu, unor adolescenţi cu deficienţă de intelect uşoară, în principiu le poate fi recomandată meseria de zugrav-vopsitor, nu însă în cazurile la care sunt prezente şi crize comiţiale, însoţite (fie chiar şi foarte rar) de scurte momente de pierdere a cunoştinţei, când se pot produce căderi de pe scară sau schela de lucru, având loc, astfel, accidente, uneori grave, dacă nu chiar fatale.

Se înţelege de la sine că un asemenea demers psihodiagnostic trebuie să se desfăşoare într-o perioadă de timp, nelimitat dinainte şi în mod diferenţiat de la caz la caz. De asemenea, se poate afirma că psihodiagnoza formativă, dinamică, trebuie privită ca un proces continuu, ciclic, etapa de evaluare a rezultatelor obţinute într-un ciclu al intervenţiei formative reprezentând debutul unui nou ciclu de cunoaştere aprofundată, de intervenţie formativă şi orientare adecvată.

Realizarea unei asemenea psihodiagnoze nu stă, desigur, în puterea unui singur specialist şi nici măcar a unei comisii de experţi. De aceea, *o sarcină majoră a momentului actual în psihopedagogia specială se referă la elaborarea strategiei colaborărilor, pe care trebuie să se bazeze procesul complex de cunoaştere şi modelare formativă a tuturor copiilor cu dificultăţi de învăţare şi adaptare, inclusiv a celor cu deficienţe / pseudodeficienţe de intelect.*

3.4. Un alt obiectiv important îl reprezintă, după părerea noastră, perfecţionarea activităţii de diagnoză complexă, inclusiv a tehnicilor şi instrumentelor de psihodiagnoză, utilizate în cadrul comisiilor teritoriale de expertiză complexă – şi de orientare spre instituţii sau spre programe diferenţiate a copiilor cu deficienţă (adică, cu nevoi speciale multiple), ca şi a celor cu nevoi speciale prioritare doar în domeniul educaţiei.

Pentru realizarea acestui deziderat, este necesară, o preocupare susţinută în direcţia implementării permanente, în practica acestor comisii, a unor metodologii moderne, formative, de psihodiagnoză, ceea ce nu exclude însă, aşa cum am mai arătat, utilizarea – chiar cu prioritate în anumite faze – a unor instrumente clasice de investigaţie diagnostică, mai ales dacă instrumentele respective beneficiază de etaloane actualizate şi adaptate condiţiilor locale (zonale).

Nu trebuie uitat nici faptul că psihodiagnoza formativă se bazează pe modele şi tehnici de lucru, ale căror aplicare necesită timp. De aceea, este important ca investigaţiile desfăşurate la comisiile teritoriale să fie precedate, dar şi urmate, de etape prelungite în timp, în care evoluţia copiilor respectivi să fie urmărită sistematic, mai ales în şcoală, în cadrul unor activităţi de învăţare formativă, dar şi prin observaţie în cele mai variate situaţii, prin analiza produselor activităţii, prin convorbiri tematice în timpul unor vizite, excursii, activităţi culturale, sportive etc.

4. „Trăsături de specificitate" în activitatea de evaluare a deficienţei de intelect

4.1. Termenul de specificitate a deficienţei de intelect a fost introdus, iniţial, în limbajul psihopedagogic din Franţa, de către cunoscutul psiholog *René Zazzo*, prin lucrările sale şi ale unui grup interdisciplinar de cercetători – al cărui coordonator ştiinţific era – lucrări cu privire la caracteristicile diferenţiatoare ale persoanelor (îndeosebi copii, adolescenţi şi tineri) având deficienţă de intelect. Cea mai importantă dintre aceste lucrări, intitulată :"Les débilités mentalés" („Debilităţile mintale") a fost publicată în anul 1969, prin Editura „A. Colin" din Paris şi reeditată ulterior.

În anul 1979, lucrarea "Debilităţile mintale" a fost publicată şi în limba română, prin Editura Didactică şi Pedagogică din Bucureşti, redactor de carte fiind prof. **Aurel Taflan**, în timp ce traducerea, de o excelentă calitate, a fost realizată de **Sergiu Ştefănescu – Prodanovici** şi de prof. **Florica Nicolescu (n. Stafiescu)** – în prezent decană de vârstă a psihopedagogilor din România, care, în ziua de 7 octombrie 2010 şi-a aniversat centenarul, la domiciliul său din municipiul Râmnicu-Vâlcea, de unde a continuat să urmărească noutăţile apărute în domeniul învăţământului special pentru şcolari cu deficienţe de intelect, domeniu pe care l-a slujit cu abnegaţie şi sacrificiu timp îndelungat.

4.1.1. În literatura psihopedagogică a ultimelor decenii, întâlnim păreri diferite, chiar contradictorii, cu privire la ce anume ar putea să reprezinte, în realitate, aşa numita „specificitate" a deficienţei de intelect. În timp ce unii autori consideră că această deficienţă s-ar caracteriza printr-o "organizare mintală" diferită, decât în mod obişnuit, alţii, situaţi în extrema opusă, consideră că deficienţa de intelect este doar o formă a variabilităţii sub care se prezintă starea de normalitate. În studiul introductiv la lucrarea menţionată mai sus, însuşi **R. Zazzo** atrăgea atenţia că, ajungând „la modă", termenul de „specificitate a deficienţei mintale" riscă să se transforme în clişeu verbal, drept consecinţă imaginea debilului mintal devenind fixistă. Abordând aceeaşi problemă, **Şerban Ionescu** (1974, pag. 324) consideră că „dincolo de o anumită specificitate a populaţiei de deficienţi mintal, există diferenţe individuale importante... specificitatea trebuind să fie căutată în fiecare caz particular".

4.1.2. Problematica trăsăturilor aparte, manifestate de copiii cu deficienţă de intelect – şi care ar putea fi considerate elemente de specificitate, atunci când fac diferenţa între deficienţa respectivă şi starea de normalitate – a fost abordată, sub diferite aspecte, în numeroase lucrări, chiar şi atunci când termenul nu era încă folosit ca atare în diferite lucrări. Astfel, în teoria cu privire la „dinamica afectivă", **Kurt Lewin** (reed.1967) evidenţia primitivitatea şi infantilismul, ca trăsături ale afectivităţii la deficienţii de intelect, trăsături pe care le punea în legătură cu mobilitatea redusă şi concretismul gândirii acestora, precum şi cu lipsa de imaginaţie şi absenţa fanteziei. Referindu-se la teoria menţionată, pe care a analizat-o, a criticat-o, dar a şi apreciat-o în mod deosebit, L.S. Vâgotski sublinia că „teoria dinamică aşează una dintre pietrele fundamentale, pe care poate fi înălţată întreaga teorie modernă asupra debilităţii mintale infantile" (1934, trad.1971, pag. 334).

După **A. Busemann** (1965), proprie deficienţilor de intelect ar fi marea risipă de energie, în activităţi neduse la bun sfârşit şi lipsa de eficienţă finală. Conform unor observaţii practice, aceasta reprezintă, într-adevăr, o particularitate evidentă, dar numai la

unii dintre deficienţii respectivi, îndeosebi în cazurile cu o anumită etiologie, traumatică sau postencefalitică, şi prezentând o anumită simptomatologie, îndeosebi activism haotic şi fatigabilitate crescută.

V. I. Lubovski (1978) – dar şi alţi cercetători – au pus în evidenţă reacţiile şi comportamentele accentuat stereotipe ale deficienţilor de intelect, mai ales în planul activităţilor verbale, dar şi al celor practice, îndeosebi atunci când li se cere verbalizarea lor. Şi această particularitate se manifestă, însă, diferit, de la caz la caz; de exemplu, în raport cu etiologia endogenă sau exogenă a deficienţei de intelect sau în raport cu tipurile de activitate nervoasă superioară, care, la aceşti deficienţi, ele însele sunt afectate, modificate patologic.

4.1.3. În diferite lucrări româneşti, termenul de specificitate apare explicit, de exemplu, la Şerban Ionescu, mai ales în legătură cu problematica criteriilor pe baza cărora trebuie abordată această noţiune (1974), precum şi în legătură cu problematica adaptării socioprofesionale a deficienţilor de intelect (1975). **Sora Lungu-Nicolae** (1980) făcea apel la termenul de specificitate în demersul său de definire a deficienţei propriu-zise de intelect, ca fenomen biologic, funcţional şi social, şi de delimitare a acestei deficienţe în raport cu fenomenul pseudodeficienţei.

Termenul de specificitate a deficienţei de intelect, apare şi în câteva lucrări ale noastre (**Gh. Radu,** 1993,1999 s.a.) sau ale lui **Ioan Druţu** (1995), în legătură cu analiza dificultăţilor aparte, pe care le întâmpină elevii cu handicap de intelect la diferite discipline de învăţământ – limba română, matematică, geografie, îndeletniciri şi lucrări practice – dar şi în legătură cu frecvenţa şi modul concret de manifestare a unor tulburări instrumentale, de comportament şi de comunicare verbală sau prin alte mijloace simbolice.

În alte lucrări româneşti, termenul de specificitate nu a fost folosit întotdeauna în mod expres, dar ideea în sine era prezentă adesea şi la autorii respectivi. Astfel, **Constantin Pufan** (1969) se referea, de exemplu, la imobilitatea structurilor verbale însuşite contextual, ca unul din fenomenele aparte ce pot fi observate la deficienţii de intelect şi care se concretizează într-o incoerenţă a exprimării verbale, în înţelegerea sau interpretarea eronată a expresiilor figurate, în neînţelegerea substratului contextual etc. La rândul său, **Emil Verza** (1975, 1998 ş.a.) a demonstrat fragilitatea şi labilitatea conduitelor verbale ale deficienţilor de intelect, precum şi fragilitatea, caracterul imatur şi dizarmonia structurilor de personalitate la aceştia.

Un loc aparte, sub aspectul problematicii discutate, îl ocupă lucrarea „Specificul diferenţelor psihice dintre copiii întârziaţi mintal şi cei normali”, publicată de **Mariana Roşca** (1972). Această lucrare ne reţine atenţia, în primul rând, prin titlul său, în care, deşi nu se foloseşte termenul propriu-zis de specificitate, dezideratul studierii “specificului diferenţelor psihice” între cele două categorii de copii investigaţi, înseamnă, de fapt, încercarea de a pune în evidenţă tocmai „specificitatea” deficienţilor (întârziaţilor) mintal. Analizând rezultatele unor investigaţii comparative riguroase, desfăşurate cu copii deficienţi de intelect şi copii normali de aceeaşi vârstă cronologică sau mai mici, M. Roşca a reuşit să evidenţieze, în primul rând, o serie de particularităţi ale percepţiei şi gândirii, datorită cărora aceşti deficienţi întâmpină mari dificultăţi de reconstituire în plan mintal a unui întreg oarecare, pornind de la perceperea anumitor imagini lacunare ale obiectului perceput. De asemenea, au fost depistate diferenţe în ceea

ce priveşte memoria celor două categorii de copii, dificultăţile deficienţilor de intelect fiind mai accentuate, îndeosebi sub aspectul fidelităţii reproducerii celor învăţate.

În ceea ce priveşte specificitatea propriu-zisă, autoarea subliniază că de fapt, „singura manifestare cu caracter patognomic a copiilor întârziaţi mintal – manifestare neîntâlnită la copiii normali, la nici una din vârstele studiate – o constituie relatarea verbală cu un caracter pronunţat stereotip şi în totală neconcordanţă cu modificările apărute în stimuli, ceea ce dă unei atari relaţii caracterul absurd specific" (Roşca, M., 1972, pag. 149).

4.1.4. Manifestări aparte ale deficienţei de intelect pot fi considerate şi o serie de alte fenomene, având însă un caracter mult mai general decât cele amintite mai sus. În acest sens, trebuie evidenţiate: *caracterul restrâns al proximei dezvoltări*, pus în evidenţă de **L. S. Vâgotski** (1934, trad. 1971), *heterocronia dezvoltării* descrisă de **R. Zazzo** (1960), (1969, trad. 1979), *vâscozitatea genetică*, descrisă de **B. Inhelder** (1963), precum şi *inerţia oligofrenică sau patologică*, descrisă de **A. R. Luria** (1960). Chiar de la început, trebuie subliniat, însă, că nici aceste trăsături nu au un caracter strict specific, adică nu se întâlnesc doar la deficienţii de intelect, ele putând fi observate şi la persoanele normale, desigur, în grade şi forme de manifestare diferite. Aşa, de pildă, un anume grad de inerţie, în sensul unei stabilităţi a reacţiilor şi comportamentelor, este necesar pentru o bună funcţionare adaptativă a fiecărui individ, în timp ce ritmurile heterocronice ale dezvoltării diferitelor laturi ale personalităţii, la una şi aceeaşi persoană, cu sau fără deficienţe, determină originalitatea şi chiar unicitatea persoanei respective, ceea ce, desigur, este un fapt pozitiv.

De asemenea, trebuie subliniat că, în mod obişnuit, trăsăturile descrise de un anume autor nu sunt divergente faţă de cele pe care le descriu alţii, ci, dimpotrivă, ele se completează reciproc, convergând spre o caracterizare din ce în ce mai completă a fenomenului studiat. Vâscozitatea genetică, de pildă, nu exclude inerţia oligofrenică, ci, dimpotrivă, reprezintă împreună, dar în diferite planuri, manifestări ale fenomenului de rigiditate, iar, în contextul heterocroniei şi al altor trăsături ale persoanei cu deficienţă de intelect ne oferă un tablou mai complet al fenomenelor care definesc şi diferenţiază această deficienţă, în speţă dereglarea dinamicii lor corticale, precum şi dereglarea dinamicii dezvoltării.

4.2. Referindu-ne, în subcapitolul precedent, la ideile lui **L. S. Vâgotski** (1934, trad.1971), cu privire la caracteristicile zonelor de dezvoltare – actuală şi proximă – spuneam că, în condiţiile unei activităţi de grup sau cu ajutor (pe etape) din partea adultului, orice copil este capabil să rezolve o serie de sarcini, inclusiv sarcini cognitive, pe care, în momentul dat, el nu le poate rezolva independent. Diferenţa dintre nivelul rezolvării unei sarcini, accesibilă copilului în condiţiile dirijării (sprijinirii) de către adult, şi nivelul rezolvării aceleiaşi sarcini printr-o activitate desfăşurată independent, de către copilul respectiv, defineşte, în concepţia lui L.S. Vâgotski, zona proximei dezvoltări (prescurtat Z.P.D.) a copilului, sau, exprimându-ne altfel, pune în evidenţă perspectivele dezvoltării acestuia în etapa imediat următoare.

4.2.1. L.S. Vâgotski consideră că, între copilul cu deficienţă de intelect şi copilul normal, există diferenţe semnificative sub aspectul caracteristicilor Z.P.D.; în timp ce copilul cu intelect normal se caracterizează printr-o zonă proximă largă, dinamică, eficientă, sub aspectul realizării noilor achiziţii cognitive, dar şi a celor din domeniul

afectivității, al comportamentelor, al comunicării etc. – la copilul cu deficiență de intelect, Z.P.D. este limitată, lipsită de dinamism operațional și puțin eficientă sub aspectul achizițiilor posibile, cu atât mai îngustă, mai restrânsă, cu cât gravitatea deficitului intelectual este mai mare.

Fenomenul menționat se concretizează în faptul că, de obicei, când nu se descurcă singur în rezolvarea unor sarcini școlare (de învățare), acest deficient nu solicită, din proprie inițiativă, ajutorul adultului și nu știe cum să folosească sprijinul pe care i-l acordă, fie profesorul sau educatorul, fie părintele sau oricare altă persoană, aptă să-i „medieze” accesul la informația venită din exterior. Putem afirma că, în activitatea la care participă – mai ales în activitățile de învățare – deficientul de intelect nu resimte nevoia de feed-back, participarea sa la actul învățării fiind, adesea, mecanică, stereotipă, fără o raportare conștientă și permanentă la obiectivul urmărit.

4.2.2. Așa cum arată **V. Pavelcu** (1971) în „Prefața” la primul volum al lucrării tradusă în limba română: L.S. Vâgotski, „Opere psihologice alese”, în concepția acestui autor „dezvoltarea copilului este înțeleasă ca proces de asimilare a “experienței culturale”. De aici rezultă, fie rolul pozitiv, fie rolul negativ pe care-l poate juca în dezvoltarea oricărui copil mediul cultural de apartenență. Iată și afirmația originară a lui Vâgotski: „Nu atât insuficienta dezvoltare trebuie considerată cauză a primitivismului cultural, cât acest primitivism conduce spre o blocare timpurie a dezvoltării“ (după. A. A. Leontiev, 2007, pag. 82).

Se pare că afirmația lui L.S. Vâgotski se apropie de părerea acelor contemporani ai zilelor noastre, care consideră condițiile precare, inclusiv ale mediului cultural, dar, adesea , și ale celui instructiv-educațional, drept una din cauzele generatoare a ceea ce numim astăzi „falsă sau pseudo-deficiență mintală sau de intelect”, însoțită de tulburări comportamentale reactive, pseudocompensatorii și, deci, generatoare a numeroase dificultăți de învățare și de adaptare la cerințele societății moderne.

*

În concluziile acestui subcapitol, referitor, de fapt, la caracteristicile diferențiatoare ale deficienței de intelect și a stării consecutive de handicap, în raport cu starea de normalitate, precum și a consecințelor practice ale acestor caracteristici, ne propunem să rezumăm, ca o concluzie a celor dezbătute, punctul propriu de vedere, în legătură cu problema abordată.

5. În ce constau, așadar, în viziunea noastră, caracteristicile diferențiatoare ale școlarilor cu handicap de intelect ?

5.1. În primul rând, trebuie avut în vedere faptul că, la fiecare dintre acești școlari, există o anume constelație de particularități individuale, care-l diferențiază pe oricare dintre ei, nu numai comparativ cu copilul normal dezvoltat, dar și în raport cu alți copii având deficiențe de intelect. În acest sens, putem vorbi despre un specific al fiecărui copil cu deficiență de intelect, care face necesară abordarea sa atent diferențiată, mai ales în procesul terapeutic.

De asemenea, la toți copiii și adolescenții cu deficiențe de intelect, sunt prezente câteva fenomene comune – deci, repetăm fenomene în desfășurare și nu caracteristici sau

trăsături fixe, imuabile. Dintre aceste fenomene comune, în capitolul de faţă am abordat şi exemplificat:

a) ***dereglarea dinamicii dezvoltării psihointelectuale***, având drept consecinţă: heterocronia oligofrenică, pusă în evidenţă de **R. Zazzo**, vâscozitatea genetică, descrisă de **B. Inhelder** şi ***caracterul restrâns al proximei dezvoltări***, demonstrat de **L.S. Vâgotski;**

b) ***dereglarea dinamicii corticale***, îndeosebi a mobilităţii proceselor nervoase fundamentale (excitaţia şi inhibiţia), având drept consecinţă inerţia oligofrenică sau patologică, cu alte cuvinte, rigiditatea excesivă a reacţiilor şi a comportamentelor adaptative, fenomen descris de **A.R. Luria** şi **M.S. Pevzner**.

5.2. Considerăm că acest mod de a aborda şi interpreta problema aşa-numitei specificităţi a deficienţei de intelect ne situează pe o poziţie optimistă, în ceea ce priveşte aprecierea evoluţiei posibile a stării de handicap la această categorie de copii, adolescenţi şi tineri cu probleme de adaptare, inclusiv şcolară. Nefiind predeterminată, ci reprezentând consecinţa unei anume dinamici (distorsionate) a dezvoltării şi a reacţiilor adaptative, deficienţa de intelect poate fi diminuată semnificativ în manifestările sale, prin măsuri corespunzătoare de echilibrare şi normalizare a procesului dezvoltării şi a reacţiilor adaptative. În acest fel, manifestarea stării de handicap, consecutivă deficienţei de intelect va putea fi şi ea diminuată sau chiar înlăturată, în sensul realizării unei adaptări mulţumitoare a individului în cauză la exigenţele propriei comunităţi.

Aşa cum a rezultat, însă, din cele expuse în paginile prezentului subcapitol, pentru reuşita demersului descris este necesară respectarea câtorva cerinţe fundamentale, dintre care amintim:

- *abordarea, cât mai de timpuriu posibil, a fiecărui copil cu deficienţă de intelect în procesul de terapie complexă, ceea ce, însă, în consens cu concepţia definită de R. Feuerstein şi colaboratorii săi, totuşi nu înseamnă că o eventuală abordare mai târzie duce la eşec total, existând posibilitatea unei ameliorări a procesului dezvoltării, prin modificarea pozitivă a condiţiilor de mediu, de educaţie şi de terapie specifică;*
- *fundamentarea procesului de terapie complexă pe programe personalizate, întocmite de specialişti competenţi;*
- *implicarea masivă a familiei în aplicarea sistematică şi de lungă durată a programelor respective;*
- *antrenarea copiilor înşişi la o participare activă în realizarea programelor de intervenţie, pe baza conştientizării propriilor dificultăţi, dar şi a posibilităţilor de progres, promovând, astfel, şi în învăţământul şcolarilor cu handicap de intelect, o pedagogie modernă, orientată, pe cât posibil, metacognitiv.*

6. Cele prezentate în capitolul de faţă se referă, de fapt, la prima etapă a evaluării, adică la etapa care se derulează înaintea orientării copilului cu deficienţe spre o formă a intervenţiei terapeutice. Este ***etapa stabilirii diagnosticului iniţial***, mai scurtă ca durată, dar având un caracter intensiv şi desfăşurându-se în cadrul unui organism teritorial abilitat, etapă în finalul căreia se realizează orientarea spre o instituţie corespunzătoare de învăţământ (obişnuit sau special) şi/sau spre un program de terapie compensatorie.

Această etapă trebuie să se desfăşoare în perioada imediat următoare primelor constatări cu privire la prezenţa unor abateri de la parametrii obişnuiţi ai dezvoltării de către cel puţin unul dintre următorii factori:

- *familia, mai adesea mama, sau altă persoană care îngrijeşte copilul în primii ani de viaţă;*
- *medicul şi/sau asistenta medicală, chiar la naştere când se efectuează testul "Apgar" sau cu ocazia vizitelor (controalelor) periodice efectuate în familiile micilor copii;*
- *educatoarea (asistenta) din creşă, cămin, grădiniţă, la vârsta ante- şi preşcolară;*
- *învăţătorul, la debutul şcolar al copilului, mai rar în clasele următoare, atunci când deficienţa sau abaterea de la parametrii unei dezvoltări normale se asociază (şi provoacă) o stare evidentă şi stabilă de eşec la învăţătură şi de inadaptare la cerinţele (minimale) ale şcolii;*
- *dirigintele şi alte persoane care vin în contact activ cu copilul în clasele mai mari, când se trece la un alt stil de lucru şi de solicitări.*

Indiferent, însă, cine anume realizează observarea (depistarea) abaterii de la traseul normal al dezvoltării, faptul trebuie urmat operativ, de orientarea copilului în cauză spre comisiile (teritoriale) de expertiză complexă, în scopul precizării diagnosticului şi al recomandării măsurilor ce trebuie iniţiate.

În cadrul acestor comisii, activitatea complexă de stabilire a diagnosticului este efectuată, după necesităţi, de către diferiţi specialişti: pedagogi, psihologi, psihopedagogi (pentru diferite categorii de deficienţe), medici, asistenţi sociali ş.a. Se folosesc metodologii şi instrumente investigative moderne, adaptate specificului abordării diferitelor categorii de subiecţi investigaţi. Aceste metodologii şi instrumente au fost deja descrise în capitolul al-II-lea al prezentului tratat.

6.2. ***Evaluarea periodică şi, în caz de nevoie, reorientarea* copilului (a adolescentului sau a tânărului) în cauză** – la propunerea celor de drept şi prin intermediul comisiei de expertiză complexă – spre o altă instituţie mai potrivită sau spre un alt program de intervenţie terapeutică, *reprezintă una dintre particularităţile sistemului de diagnoză şi orientare a şcolarilor cu handicap sau cu alte situaţii speciale.*

La încheierea unui ciclu de educaţie specială şi terapie (de exemplu, la terminarea şcolii speciale) are loc o evaluare finală în perspectiva continuării procesului, dar într-o nouă etapă, de exemplu, într-o şcoală specială profesională sau într-o altă formă de calificare.

Activitatea eficientă de evaluare complexă presupune atât aplicarea unor metodologii şi instrumente investigative – bazate pe observaţie, pe analiza produselor activităţii copiilor, pe probe docimologice, pe investigaţii sociometrice etc. – cât şi folosirea unor mijloace şi instrumente de înregistrare şi interpretare a informaţiei, toate acestea fiind descrise în numeroase alte surse bibliografice, unele dintre ele fiind citate în lista bibliografică anexată acestui capitol.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

ALEXANDRU, S., 1972, *Educație și terapie*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

ARCAN, P., CIUMĂGEANU, D., 1980, *Copilul deficient mintal*, Timișoara, Editura Flacăra.

BINET, A., SIMON TH., 1916, *Les enfants anormaux*, Paris, Editura Colin.

BLAIR, M., 2005, „The education of black children: why do some schools do better than others?" în *Curriculum and Pedagogy in Inclusive Education – values into practices*, The Open University, New York.

BRATU, M., 2008, „Unele particularități ale personalității puberilor și adolescenților cu debilitate mintală", în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 2, București, Editura Fundației „Humanitas".

BUICĂ, B. C., 2004, „Specificul diagnozei psihice în stările de handicap", în : *Revista de Psihopedagogie*, nr. 1, București, Editura Fundației „Humanitas".

CARAMAN, AL., MĂIESCU-CARAMAN, L., 1975, „Educația specială, condiție a integrării copiilor cu deficiențe", în *Probleme de defectologie*, vol. IX, București, Editura Didactică și Pedagogică.

CARANTINĂ, D., 2002, *Dinamica relației dintre tulburările de limbaj și dizabilitățile psihomotorii*, teză de doctorat, Universitatea din București.

D.S.M. – IV-R, 2003, *Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*, ediția a-IV-a; coord.șt. Romilă A., București, Editura A.P.I.

DAMASCHIN, D., *Defectologie*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

Declarația de la Salamanca și direcțiile de acțiune în domeniul educației speciale, 1995, UNICEF, România.

ENĂCHESCU, C., 2004, „Raportul dintre educație și terapie în contextul științelor umane", în: *Revista de Psihopedagogie*, nr. 1, București, Editura Fundației „Humanitas".

FOLOȘTINĂ, R., 2010, „Aspecte ale abuzului fizic, emoțional și al neglijării copiilor cu deficiență mintală", în *Revista de Psihopedagogie*, nr.1, București, Editura Fundației Humanitas.

GOLU, M., 1997, „Dezvoltarea stadială și cerințele cunoașterii copilului", în: Dima, S. (coord.), *Copilăria – fundament al personalității*, București, Editată de *Revista învățământului preșcolar*.

GONEEV A.D ș.a., 2004, *Osnovî korrekționnoi pedagoghiki* („*Bazele pedagogiei corective*"), Ediția a 3-a, Moskva, Ed. „Akademia".

GUDONIS, V., PUZANOV, B.P., (sub red.), 2007, *Defektologhieeskuii slovar (Dicționar defectologie)*, Moscova, Voronej.

INHELDER, B. și colab., 1977, *Învățarea și structurile cunoașterii*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

INHELDER, B., 1963, *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*, Delachaux et Niestlé, 2-e édit., Neuchâtel.

IONESCU, S., RADU, V., 1973, „Diagnoza deficienței mintale", în *Revista de Psihologie*, nr. 3, București.

IONESCU, Ș., 1974, „Specificitatea deficienței mintale", în *Revista de Psihologie*, nr. 3, București.

IONESCU, Ș., 1975, *Adaptarea socioprofesională a deficienților mintal*, București, Editura Academiei.

JESPER H., 2006, „Assessment of special educational needs in Denmark", în: *Revista de Psihopedagogie* (nr. 2, p. 11-30), București, Ed. Fundației Humanitas.

KULCSAR, T., 1978, *Factorii psihologici ai reușitei școlare*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

LEONTIEV, A.N. ș.a. (trad.), *Slovar L.S. Vâgotskogo*, Moskva, Editura Smâsl.

LEONTIEV, A.N., 1982, „O tvareeskam puti L.S. Kâgotskaga" („Calea creației la L.S. Vâgotski") – studiu introductiv - la *Sobraniie socimenii* (*Opere alese*), vol. I, Moskva, Editura Pedagoghika.

LURIA, A.R., 1960, *Urmstvennootstolîi rebionok (Copilul înapoiat mintal)*, Moskva, Editura A.P.N.

MANOLACHE, I., 1996, *Stimularea cognitivă a copiilor cu handicap intelectual* (teză de doctorat), București, Institul de Științe ale Educației.

MUȘU, I., TAFLAN, A., (coord.) , 1997, *Terapia educațională integrată*, București, Editura ProHumanitate.

NAZAROVA, N.M., (sub red.), 2001, *Spețialnaia pedagoghika* (*Pedagogie specială*), Ediția a 2-a, Moskva, Ed. „Akademia".

NICOLESCU, FL., 2010, *Mamă, ajută-mă să cresc*, București, Editura Sigma.

PĂUNESCU, C., MUȘU, I., 1990, *Recuperarea medico-pedagogică a copilului cu handicap mintal*, București, Editura Medicală.

PERRON, R., trad. 1979, „Deficiența mintală și reprezentarea de sine", în Zazzo R. (coord.), *Debilitățile mintale*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

POPESCU-NEVEANU, P., 1978, *Dicționar psihologie*, București, Editura Albatros.

POPOVICI D.V.; VERZA F.E., 2005 şi 2006, „Caracteristici ale educaţiei speciale din S.U.A.", în: *Revista de Psihopedagogie,* (nr. 2/2005, p.45-57; nr.1/2006, pp.125-141).
POPOVICI, D.V., 1999, *Elemente de psihopedagogia integrării*, Bucureşti, Ed. Pro-Humanitate.
POPOVICI, D.V., 1999, „Terapia ocupaţională, element central în procesul de terapie a stărilor de handicap. Locul învăţării practice în acest proces", capitol în : *Introducere în psihopedagogia şcolarului cu handicap*, coord. Radu Gh., Bucureşti, Editura ProHumanitate.
POPOVICI, D.V., MATEI, S.R., 2005, *Terapie ocupaţională pentru persoane cu deficienţe*, Constanţa, Editura Muntenia.
PUFAN, C., 1969, „Inabilitatea structurilor verbale memorate contextual şi dezvoltarea gândirii la copilul cu debilitate mintală", în *Revista de Pedagogie*, nr. 2, Bucureşti.
PUZANOV, B.P., (sub red.,) 1999, *Korrekţionnaia pedagoghika* (*Pedagogia corectivă*), Moskva, Ed. „Akademiia", 155 p.
PUZANOV, B.P., (sub red.,), 2001, *Obucenie detei s naruşeniiami intellektualnogo razvitiia* (*Instruirea copiilor cu tulburări ale dezvoltării intelectuale*), Moskva, Ed. „Akademiia", 267 p.
RADU, GH. şi colab. 1975, „Direcţii ale optimizării învăţământului ajutător", în *Probleme de defectologie*, vol. IX, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
RADU, GH., coord., 1999, *Introducere în psihopedagogia şcolarilor cu handicap* (cap III, pp. 59-92), Bucureşti, Ed. ProHumanitate.
RADU, GH., 1991, „Contradicţii ale sistemului actual de învăţământ pentru handicapaţi mintal", în *Revista de Educaţie specială*, nr. 1 / 1991, Bucureşti.
RADU, GH., 1991, „Moment important în procesul dezvoltării sistemului de educaţie specială pentru handicapaţii mintal", în *Revista de Educaţie specială*, nr. 1/1991, pp. 34-40.
RADU, GH., 1997, „Valenţele compensatorii ale abordării operaţional-anticipative a handicapaţilor mintal, în perspectiva piagetiană şi vâgotskiană", în *Revista de Psihologie*, tom 43, Bucureşti.
RADU, GH., 2000, „The formative in the orientation of the persons with mental disabilities", în Holst Jasper & colab. / *Evaluation of special education methods in Denmark, Spain and Romania* – Socrates. Comenius Project, Ed. Semne, Bucureşti.
RADU, GH., 2007, „Învăţământul integrat în contextul educaţiei speciale din Federaţia Rusă", în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 1/2007, pp. 131-141.
RADU, GH., NICOLESCU, FL., 1975, „Prevenirea şi combaterea eşecului la învăţătură, probleme actuale ale învăţământului diferenţiat", în *Probleme de defectologie*, vol. IX, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
RADU, GH., STOICIU, EL. M., 1976, *Unele particularităţi ale învăţământului pentru debili mintal*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
RADU, GH., TOTOLAN, D., PERŞA, A., 2008, „Studiu catamnestic al situaţiei post-şcolare a unor absolvenţi ai învăţământului special", în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 2/2008, pp. 71-82.
RADU, I. D., 2000, *Educaţia psihomotorie a deficienţilor mintal*, Bucureşti, Ed. ProHumanitate.
RADU, I. D., 2009, „50 de ani de învăţământ profesional special românesc pentru persoane cu dizabilităţi intelectuale", în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 2/2009, pp. 128-137.
RADU, I., 1976, „Principii metodologice în elaborarea şi utilizarea probelor psihologice", în *Îndrumător psihologie*, vol. II, Cluj-Napoca, Universitatea Babeş-Bolyai.
ROŞCA, M., 1967, *Psihologia deficienţilor mintal*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
ROŞCA, M., 1972, *Metode de psihodiagnostic*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
ROTH-SZAMOSKÖZI, A., 1998, *Activarea funcţiilor cognitive în copilăria mică*, Cluj-Napoca, Ed. „Presa Universitară Clujeană".
SIMA, I., 1978, *Implicaţiile motivaţiei în formarea deprinderilor de muncă productivă la elevii din şcoala ajutătoare*, teză de doctorat, Universitatea din Bucureşti.
SIRIAN, V., 1990, „Procedee pentru stimularea coordonării manuale la handicapatul mintal", în Verza, E. (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapaţilor*, Tipografia Universităţii din Bucureşti.
SZAMOSKÖZI, ŞT., 1997, *Evaluarea potenţialului intelectual la elevi*, Cluj-Napoca, Ed. „Presa Universitară".
ŞCHIOPU, U., 1997, *Dicţionar de psihologie*, Bucureşti, Editura Babel.
ŞCHIOPU, U., 1997, *Introducere în psihodiagnostic*, Tipografia Universităţii din Bucureşti.
ŞEVCENKO, S., G., 1999, *Korrekţionno-razvivaiuşceeobucenie* (*Instruirea corectiv-formativă*) Meskva, Ed. „Vlades".

ŞIPIŢINA, L.M., 2001, partea a-IV-a, capitolul II: „Învăţământul general şi special: integrarea şi diferenţierea", în Nazarova, N.M. (sub red.), *Pedagogie specială*, Moscova, Editura Academia.
UNGUREANU, D., 1998, *Copii cu dificultăţi de învăţare*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
UNGUREANU, D., 2000, *Educaţia integrată şi şcoala incluzivă*, Timişoara, Ed. de Vest.
VERZA, E., 1987, „Psihodiagnoza şi prognoza în defectologie", în *Revista de psihologie*, nr. 4.
VERZA, E., 1991, „Dimensiunea personalităţii la handicapaţi", în *Revista de Educaţie specială*, Bucureşti, nr. 1.
VERZA, E., 1993, „Psihopedagogia integrării şi normalizării", în *Revista de Educaţie specială*, Bucureşti, nr. 1.
VERZA, E., PĂUN E. (coord. şt), 1998, *Educaţia specială a copiilor cu handicap*, UNICEF şi Asoc. RENINCO.
VERZA, F. E., 2002, *Introducere în psihopedagogia specială şi în asistenţa socială*, Bucureşti, Ed. Fundaţiei Humanitas.
VÎGOTSKI, L., S., 1934, trad. 1971-1972, *Opere psihologice alese*, vol I-II, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
VÎGOTSKI, L., S., 1983, „Osnovî defectologhii" („Bazele defectologiei"), în: *Sobranie socinenii* (*Opere*), tom V, Moskva, „Pedagoghika".
VLAD, M. şi colab., 2010, *Curriculum naţional pentru învăţământul special şi integrat*, Iaşi, Ed. „Spiru Haret".
VRĂSMAŞ, E., 2007, *Dificultăţile de învăţare în şcoală*, Bucureşti, V.& I. Integral.
VRĂSMAŞ, T., 2001, *Învăţământul integrat şi / sau incluziv*, Bucureşti, Ed. „Aramis".
ZAZZO, R., 1969, trad. 1979, *Debilităţile mintale*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
ZÖRGÖ, B., 1976, „Examinările psihologice", în *Îndrumător psihologie*, vol. II, Cluj-Napoca, Universitatea Babeş-Bolyai.

CAPITOLUL VI
DEFICIENȚA DE AUZ

1. PROBLEMATICA PSIHOPEDAGOGIEI DEFICIENȚILOR DE AUZ

Primele elemente de surdopsihopedagogie au apărut prin contribuția unor medici și filosofi încă din secolele XV, XVI și s-au dezvoltat, în continuare, în cadrul științelor pedagogice și psihologice, în scopul cunoașterii și educării copiilor cu deficiențe auditive. Chiar și specialiștii care s-au ocupat de recuperarea deficienților de auz s-au numit până în prima jumătate a secolului al XX-lea profesori medico – psihopedagogi.

Problematica generată de dificultățile de intelect, senzoriale, de vorbire, de comportament etc. s-a dezvoltat în cadrul defectologiei, știință sociopsihopedagogică, ce și-a conturat cu pregnanță domeniile de activitate, ramurile speciale, la mijlocul secolului XX. Defectologia studiază particularitățile dezvoltării psihice, educația, instrucția, modalitățile de compensare și recuperare, formarea deprinderilor de muncă și de activitate productivă a deficienților de auz și de văz, a deficienților de intelect, a persoanelor cu tulburări de vorbire, de motricitate, de comportament etc.

În sânul defectologiei s-a conturat surdopsihopedagogia, ce a evoluat și este în prezent o știință de sine stătătoare, cu obiective și sarcini proprii și speciale în raport cu celelelte științe ce s-au dezvoltat sub umbrela defectologiei (tiflologia, oligofrenologia, logopedia).

Surdopsihopedagogia este știința care urmărește recuperarea instructiv-educativă și psiho-socială a copilului deficient de auz în vederea echilibrării personalității lui și integrării acestuia, în mod optim, în fluxul vieții sociale.

Porivit „Dicționarului de psihologie" (P. P. Neveanu, 1978) *surdologia se ocupă cu particularitățile surdomuților și hipoacuzicilor și de mijloacele instructiv-educative adecvate recuperării și adaptării lor la muncă. Ea include surdopsihologia, surdopedagogia și surdotehnica.*

Obiectivele principale ale surdopsihopedagogiei zilelor noastre se structurează pe câteva direcții :

- studierea cauzelor surdității și a particularităților dezvoltării psihice și fizice ale copiilor cu deficiențe de auz, pentru a dezvălui consecințele imediate și îndepărtate ale pierderii auzului;
- evidențierea tipului și a gradului deficienței de auz în vederea intervenției psihopedagogice corespunzătoare, a adoptării unor mijloace și metode surdotehnice adecvate, în scopul compensării senzoriale, a educării și recuperării copiilor cu deficiență de auz sau a adulților asurziți;
- proiectarea și dezvoltarea metodologiei demutizării, a dezvoltării limbajului verbal sau a metodologiei abilitării lor cu un mijloc fluent de

comunicare, limbajul mimico-gestual, în acord cu particularităţile dezvoltării lor neuropsihice;

- elaborea principiilor şi a metodologiei încadrării şi educării în sistemul şcolar general şi special sau în alte forme de educaţie; metodologia demutizării, a dezvoltării limbajului verbal sau a înzestrării lor cu un mijloc fluent de comunicare.
- studierea căilor şi proiectarea mijloacelor adecvate pentru a susţine copiii cu deficienţe de auz în învăţământul general.
- studierea particularităţilor vieţii copiilor şi adulţilor deficienţi de auz şi a mijloacelor de susţinere şi de intervenţie recuperatorie la nivelul familiei, în mediul social; evidenţierea importanţei factorilor sociali şi educaţionali în modelarea personalităţii acestora şi în integrarea lor în fluxurile sociale.

Ramurile surdopsihopedagogiei

Psihopedagogia deficientului de auz este o ştiinţă interdisciplinară, pentru că în activitatea de recuperare psihologică şi socială, utilizează date din cercetarea pedagogică, psihologică, psiholingvistică, medicală, din fiziologie, acustică, electronică, sociologie etc.

Mai ales în a doua jumătate a secolului al XX-lea s-au conturat pregnant ramurile surdopsihopedagogiei: surdopedagogia, surdopsihologia, surdotehnica, dezvoltându-se în concordanţă cu ştiinţele sfârşitului de secol ramuri noi: audiologia educaţională şi surdosociologia.

Surdopedagogia, la rândul ei, a dezvoltat unele subramuri precum: istoria surdopedagogiei, surdodidactica, surdometodica, surdopedagogia şcolară şi preşcolară.

Surdopedagogia studiază şi stabileşte principiile şi metodele speciale de dezvoltare a comunicării verbale în raport cu dezvoltarea psihofizică a copilului şi a potenţialului auditiv restant, metodologia recepţiei vorbirii prin labiolectură, dezvoltarea vorbirii în condiţii de protezare auditivă sau fără protezare, precum şi modalităţile de abilitare a deficientului de auz cu alte mijloace de comunicare, în funcţie de structura lui psihihofizică sau de deficienţele asociate disfuncţiei auditive.

Surdopsihologia, de asemenea, a dezvoltat unele subramuri, ca: istoria surdopsihologiei, surdopsihologia copilului, surdopsihologia adultului, surdopsihologia muncii.

Problematica specială a adultului surd legată de profesionalizare şi încadrare în muncă, de interrelaţionare la nivelul familiei şi a grupurilor omogene de surzi sau mixte, de surzi si auzitori etc. rămâne încă puţin studiată.

Surdopsihologia studiază atât particularităţile şi specificul structurării şi dezvoltării proceselor psihice ale copilului surd în vederea educării lui şi integrării în viaţa socială, cât şi modul în care surditatea afectează procesele psihice şi personalitatea adultului (hipoacuzic, surd, asurzit) şi metodele de intervenţie psihologică în vederea acceptării deficienţei şi a optimizării vieţii lui personale şi sociale.

Surdotehnica are ca obiectiv proiectarea celor mai adecvate mijloace de compensare a auzului deficitar în scopul susținerii calității vieții persoanei deficiente de auz sau a celei cu deficiențe asociate.

Audiologia educațională, disciplină relativ nouă, s-a impus cu necesitate în ultimele decenii, aducînd o contributie de netăgăduit în dezvoltarea vorbirii și în susținerea integrării educaționale a copilului deficient de auz, în special prin potențarea auzului rezidual și amenajarea mediului în scopul recepției auditive cât mai bune.

Experiența țărilor dezvoltate economic și cu succese în ceea ce privește educația și recuperarea copiilor cu surditate ca și progresele în această direcție obținute la noi în țară demonstrează faptul că pentru a se atinge scopul final al educației deficienților de auz, acela de a atinge un nivel cât mai înalt al adaptabilității la cerințele vieții cotidiene și o integrare socială cât mai bună, este important să se respecte un minim de cerințe și anume:

a. începerea cât mai devreme a educației auditive odată cu depistarea și diagnosticarea tulburărilor de auz și de vorbire, în grădinițe și școli sau chiar din perioada antepreșcolară;
b. colaborarea dintre familie - medic - surdolog - protezist și implicarea familiei în formarea comunicării și a dezvoltării psiho-fizice a copilului cât mai de timpuriu;
c. formarea în unitate a recepției auditive și a pronunției prin protezare individuală și labiolectură și comunicare verbală, orală, corectă și constantă;
d. elaborarea unei metodologii complexe de dezvoltare a comunicării verbale bazată pe îmbinarea învățării spontane (naturale) a limbii, cu învățarea organizată și dirijată în raport cu potențialul psihic și auditiv al copilului;
e. studierea posibilităților de adaptare a copilului surd și introducerea lui, treptată, în mediul vorbitor pentru integrarea ulterioară în învățământul general public;
f. integrarea școlară, reală să se facă atunci când, copilul protezat de timpuriu, posedă instrumente de contact și de stabilire a interrelaționării cu semenii auzitori prin intermediul vorbirii.
g. înzestrarea cît mai de timpuriu a copilului deficient de auz, cu un mijloc de comunicare adecvat, în funcție de caracteristicile lui psihofizice, ce îi va susține dezvoltarea armonioasă în toate planurile.

Incidența deficienței de auz în rândul populației

Trecând în revistă statisticile pe plan mondial, publicate de O.M.S. și regăsite în diverse publicații de specialitate din străinătate și de asemenea, pe cele din literatura de specialitate autohtonă, procentul de 1/$_{00}$ pe locuitori este cel mai frecvent pentru aproximarea surdității la vârsta copilăriei. Treptat, odată cu maturitatea, procentul de dereglări ale aparatului auditiv se află în continuă creștere, ridicându-se la peste 10% la adulți, iar la persoanele de vârsta a treia disfuncția auditivă se manifestă în proporție de peste 50%.

În condiţii de război sau în perioade de molime, de calamităţi naturale incidenţa surzeniei în rândul populaţiei creşte. De asemenea, în regiunile geografice cu o dezvoltare socio-economică precară numărul de persoane surde este mai ridicat.

În documentele Congresului al V-lea al Federaţiei Mondiale a Surzilor din 1967, populaţia cu surdomutitate, pe glob, era estimată la 35.000.000 de persoane.

Recensământul din 1963 din ţara noastră a scos în evidenţă un procent de 4,50 de surdomuţi la 10.000 de locuitori. În aceeaşi perioadă, era estimat un procent de 4,3% în Belgia, 5% în Anglia, 12% în Austria.

O cercetare mai apropiată de zilele noastre, realizată de noi asupra copiilor cu deficienţe de auz instituţionalizaţi, în ţara noastră (Popa M,1995) arăta că în anul 1993 erau 4134 de copii deficienţi de auz, şcolarizaţi. Dintre aceştia, 35,19% erau educaţi şi primeau o specializare profesională în şcoli de arte şi meserii, 46,09% erau educaţi în şcoli pentru surzi, 15,02%, în şcoli pentru hipoacuzici şi 3,7%, în grădiniţe speciale.

În acea perioadă, peste 80% dintre ei erau evaluaţi din punct de vedere audiometric şi purtau proteze auditive.

Scurtă incursiune istorică

Statutul civil al surzilor a fost modelat şi controlat de peste 2000 de ani de concepţia privind originea vorbirii ce s-a format ca urmare a dezbaterilor filosofice referitoare la originea divină sau, dimpotrivă, laică a vorbirii.

Platon şi generaţiile succesive au scris foarte mult despre această dilemă; din Antichitate până în Evul Mediu, cei mai mulţi filosofi au aderat la ideea originii divine a vorbirii.

Teoria originii divine a vorbirii a fost cuplată cu învăţătura lui Aristotel ce se referea la faptul că nu poate exista nimic în mintea umană care să nu fi fost primit de la simţuri: *Nihil est in intellectu quin prius fuerit in sensu - Istoria animalelor*. Viziune ce a avut efecte profunde asupra modului în care surzii au fost percepuţi de biserică, legislaţie sau medicină.

Biserica, aderând la această teorie, a considerat că a încerca să faci un surd să vorbească era o blasfemie, deoarece aceasta era voia Domnului şi ca urmare nu erau permise astfel de încercări. Chiar şi în secolul al XVIII-lea Abatele de l'Epeé a trebuit să lupte împotriva acestui argument, el fiind printre primii care au încercat să-i facă pe surzi să vorbească.

Biserica considera urechile ca fiind "instrumentum disciplinae" şi pentru că surzii nu puteau auzi, nu erau acceptaţi în biserică. Disputa s-a extins între biserica protestantă şi cea catolică, Luther, contrar învăţăturii bisericii catolice, a susţinut că populaţiei surde să i se poată permite să participe la comuniunea sfântă, la slujbele din biserică.

În **legislatură**, surzii au fost, de asemenea, discriminaţi. Pentru că nu puteau vorbi, ei erau plasaţi în rând cu imbecilii şi deci cu "needucabilii" şi de aceea nu li se atribuiau responsabilităţi în societate.

Probleme importante se iscau atunci când trebuia să se lase moştenire. Istoria a consemnat exemplul unor nobili spanioli ce au întâmpinat dificultăţi în lăsarea moştenirii fiicelor lor care erau surde. Ca urmare, eforturile de depăşire a acestei piedici legislative au fost deosebite, evidenţiindu-se în această ţară Pedro Ponce de Leon (1550) pe care

istora l-a consemnat ca fiind printre primii care au reuşit să-i facă pe surzii să vorbească. Deprinzând vorbirea, aceştia puteau moşteni averea părinţilor lor, statul spaniol acceptând ca surzii să se bucure de acest drept dacă erau demutizaţi.
De abia în secolul XIX, vechea legislaţie a fost schimbată în favoarea practicilor actuale.

Medicina, sute de ani, a evitat să găsească vreo legătură între surditate şi mutitate. Se ştia că muţenia este determinată de distrugerea nervului frenic şi de aceea se considera că surzii nu puteau articula. Această concepţie greşită, după care limba singură este implicată în vorbire, persista chiar şi după ce surzii au început să vorbească. În acest caz, medicii susţineau că este vorba de o surditate deosebită, caz în care nervul lingual nu a fost distrus. După ei, exista un gen de paralizie a limbii în surditate care determina muţenia.

Medicina, legislaţia şi biserica au făcut deservicii, multe secole, surzilor susţinând că ei nu pot fi educaţi, privându-i astfel de o viaţă civilă activă.

Printre primele încercări de demutizare a surzilor, istoria le atribuie lui Pedro Ponce de Leon (1520-1584), Manuel Ramirez de Carrion (1579-1652), Juan Martin Pablo Bonet (1570-1629).

Pedro Ponce de Leon s-a ocupat, în special, de copiii nobililor spanioli ce sufereau de surditate, reuşind să-i facă pe aceştia să vorbrască, să citească, să scrie, să calculeze, chiar să se roage, să se confeseze şi să asiste la slujbe. El a dezvoltat o abordare orală structurată, folosind cuvinte scrise însoţite de refrentul lor (obiecte, imagini etc.). Cei ce au povestit despre aceste încercări le-au văzut ca pe un miracol şi nu ca pe un rezultat al educaţiei, comunitatea medicală privind aceste rezultate cu scepticism.

Primele demersuri sistematice de a-i învăţa pe surzi să comunice au fost atribuite lui ***Manuel Ramirez de Carrion*** care a folosit metoda fonetică de citire; literele alfabetului erau prezentate cu valoare de vorbire. El era profesor la şcoala pentru normali şi pentru surzi şi a uzat de literele alfabetului în mod simplificat.

Juan Martin Pablo Bonet era aristocrat, fost soldat, om de litere şi politician şi a scris lucrarea *Simplificarea literelor alfabetului şi învăţarea surzilor să vorbească* (1620), neamintind sursa de inspiraţie; după cum consemnează istoria, această sursă fiind Carrion.

Pentru el, etapele în învăţarea vorbirii erau: scrierea fiecărei litere a alfabetului, apoi introducerea alfabetului manual (dactileme) şi în ultimă instanţă introducerea vorbirii, când profesorul şi elevul trebuiau să fie singuri, iar profesorul trebuie să se plaseze în lumină pentru a i se vedea gura; profesorul îl învăţa vocalele, apoi consoanele, îi sugera punerea în evidenţă a mişcărilor limbii şi poziţia ei când se articula un sunet. Se învăţau apoi, silabele şi cuvintele monosilabice corespunzătoare obiectelor ce puteau fi arătate cu degetul pentru realizarea mai uşoară a asocierilor. Astfel, se proceda la învăţarea limbii materne (spaniolă) în paşi mici după regulile gramaticale, uzându-se de foarte mult citit. În scrierile lui Pablo Bonet nu se amintea nevoia de labiolectură.

Luis Velasco, aristocrat demutizat de Carrion, a dus învăţătura şi în Anglia unde a dezvoltat-o şi a înfiinţat şi acolo o şcoală.
În continuare, istoria îl consemnează pe **John Bulwer** care, în 1648, a scris o carte în care insista pe rolul **labiolecturii,** denumită "audiţie oculară", ca sine qua non a sistemului său de învăţare. Acesta a încercat să înfiinţeze şi un institut sau o academie pentru surdo-muţi, dar nu a reuşit.

John Wallis (1616-1703) a fost profesor de geometrie la Oxford, dar a avut și preocupări pentru limbă. În *Grammatica Lingua Anglicanae* apărea un capitol, „De Loquela”, în care analiza și descria forma diferitelor sunete, clasifica vocalele după poziție și modul de articulare, în consoane închise, deschise și fricative și arăta influența organelor vorbirii asupra producerii sunetelor. Wallis s-a ocupat de demutizare și a dezvoltat o abordare structurată, începând prin construirea vocabularului pe baza unor liste de cuvinte în raport de părțile de vorbire pe care le unea după reguli gramaticale.

John Conrad Amman (1669-1724), medic din Suedia ce a activat în Anglia, este un alt nume de rezonanță în istoria psihopedagogiei și a scris “The speaking deaf”. Acesta lucra cu copii între 8-15 ani făcându-i să perceapă organele vorbirii prin observarea în oglindă și prin atingerea, intuirea perceptivă a sunetelor, a vocalelor, semivocalelor si a consoanelor. Proceda apoi, la scrierea lor după dictare, apoi la recitirea după scriere și în ultimul rând se făceau asocieri vorbire - scriere. Lui i se atribuie meritul de a fi primul ce a folosit oglinda, arătând copilului cum se combină sunetele în silabe și apoi a acestora în cuvinte simple.

Thomas Braidwood (1715-1790?), un alt englez, a deschis o primă școală de surzi în 1780, având la început un singur elev. El a folosit o metodă orală combinată, procedând la asocierea cuvântului cu obiectul, apoi scrierea și articularea acestuia. A lucrat la extinderea vocabularului, prin introducerea pronumelui, a verbelor pentru a forma propoziții simple sau compuse. Acesta a cunoscut un succes desăvârșit în activitatea de învățare a surzilor să vorbească și să scrie.

Abatele **De L'Eppe** (1712-1789), în Franța, a impus ideea instruirii surzilor și învățarea vorbirii împreună cu gesturile și scrisul. El, practic, folosea degetul mic al copilului, introducându-l în gura sa pentru înțelegerea de către copil a poziției diferite a limbii în pronunțarea diferitelor sunete; de exemplu, la „a”, limba stă culcată. A încercat să-i învețe pe surzi să vorbească, dar a renunțat în favoarea semnelor, dezvoltând „metoda franceză” manuală de comunicare. Metodele lui au fost criticate de *Samuel Heinicke* ce a fondat prima școală germană pentru surzi.

Samuel Heinicke (1727-1790) a dezvoltat „metoda orală germană”, opusă metodei franceze manuale. El susținea că surzii trebuie învățați la fel ca auzitorii, asociind diferite sunete cu diferite lucruri din natură pentru a le întări întipărirea în memorie, de exemplu: apă pentru „a”, ulei pentru „u”, oțet pentru „i” etc.

T. H. Gallaudet (1787-1851), american, consemnat în istoria surdopedagogiei pentru eforturile lui de a dezvolta o metodă de comunicare pentru surzii din America. A fost trimis, inițial, în Anglia să studieze metoda orală a lui Braidwood, dar pentru că acesta nu era deschis la a împărtăși secretele metodei sale orale, a fost nevoit, pentru a nu se întoarce acasă cu mâna goală, să plece în Franța unde a învățat metoda manuală. S-a întors apoi în America unde a introdus metoda manuală de comunicare în educarea surzilor. Ca urmare, aproximativ 100 de ani a fost neglijată învățarea vorbirii în America. În timp, s-a înființat și o universitate unde se comunică prin mimico-gesticulație, universitate ce există și astăzi și care-i poartă numele.

Metoda orală germană s-a extins în țările germanice datorită câtorva buni profesori, ca **John Babtist Grasser** care a insistat ca și copiii surzi să fie educați în școli normale. Deoarece în școlile germane, la începutul sec. al XIX-lea, rata era de un profesor la 80 de copii, era puțin probabil de a fi posibilă educarea copiilor surzi, care

erau mai lenți la învățătură. De aceea, **ideea de integrare** nu a avut succes în acea perioadă.

Principalele sisteme de educare a surzilor (oral, mimic, grafic, dactil), s-au interferat şi sau confruntat în timp. Inițial, preponderent a fost sistemul mimic, dar mai târziu, în urma **Congresului de la Milano** (1880), condus de abatele Tara, s-a impus metoda orală numită şi metoda germană de demutizare.

În America, au avut loc schimburi asemănătoare: metodele manuale au fost combătute în public şi în legislație şi au fost deschise şcoli în care se foloseau şi metodele orale.

A.G. Bell a inventat **audiometrul,** aparat ce a fost folosit pentru a înregistra resturile de auz ale surzilor. În 1890, **Alexander Graham Bell** a organizat „Asociația americană de învățat vorbirea la surzi". S-a încurajat o abordare sintetică a învățării vorbirii prin care copilul trebuia învățat să înțeleagă întregul cuvânt sau întreaga propoziție prin labiolectură şi să o scrie înainte de a insista asupra îmbunătățirii pronunției.

Metodele folosite în învățarea vorbirii la copiii surzi erau cu preponderență nonauditoriale. Copiii depindeau de labiolectură pentru receptarea vorbirii şi foloseau o combinație de imitație vizuală şi tactilă şi antrenament kinestezic pentru producerea vorbirii.

James Love (1893), în Anglia, folosind audiometria a constatat că mai puțin de 10% din totalul copiilor dintr-o şcoală specială erau complet surzi, restul putând auzi sunetele mai tari. În continuare, s-a tras concluzia că resturile de auz pot fi factor decisiv în învățarea vorbirii.

În această perspectivă, istoria l-a consemnat pe **Max Goldstain** ce a activat în Viena şi în SUA şi a scris lucrarea „Metoda acustică", în care punea problema importanței resturilor auditive. În cadrul acestei metode, folosea vibrațiile pentru a-i face pe subiecți să devină conştienți de sunet. El făcea cincisprezece minute de exerciții acustice pe zi, exerciții ce au dus la înțelegerea mai bună a vorbirii şi la sporirea inteligibilității vorbirii copiilor.

Ferdinand Alt, în anul 1900, a produs primul **aparat de amplificare** pentru uzul surzilor. Acesta era deosebit de incomod datorită mărimii sale. În timp, s-a progresat prin micşorarea volumului acestuia din ce în ce mai mult.

În 1933, s-a creat un grup, numit „Grupul de protezare binaurală", ce a proiectat şi produs sub **Littler** şi **Ewing** o serie de aparate de amplificare pentru copii, folosite în 12 şcoli pentru surzii din Anglia. După un timp de folosire a acestor proteze, toți profesorii au raportat un mare beneficiu în vorbire şi limbaj prin folosirea regulată şi continuă a protezelor.

La începutul secolului al XX-lea, doctorul **Kare Love** din Glasgow, a pus accent pe importanța resturilor auditive şi pe **educația timpurie**. Această ideea a folosirii restantului funcțional auditiv în procesul educării copiilor surzi a acaparat o mare parte a specialiştilor şi a rămas, în continuare, unul dintre principalii factori în succesul metodologiei de achiziție a comunicării verbale la surzi.

S. A. Zîcov (1907-1974) şi Korsunskaia au susținut introducerea dactilemelor în susținerea comunicării verbale; propuneau însuşirea comunicării prin intermediul dactilemelor într-un an sau doi, după care se trecea la demutizarea propriu-zisă.

În România, prima încercare de educaţie organizată este atribuită lui **Băcilă**, fost soldat ce a înfiinţat şi condus un institut particular la Dumbrăveni, între 1827-1846. Băcilă a luat model de la Institutul de surdo-muţi de la Paris, promovând metoda mimico-gestuală.

Prima şcoală de surdo-muţi a luat fiinţă în 1863, din iniţiativa Dr-ului Carol Davilla, s-a numit „Elena Doamna” şi se situa în Cotroceni. În 1895, şcoala a fost mutată la Focşani într-un local adecvat.

Primul profesor al şcolii a fost o persoană cu deficienţă de auz, instruit la Viena şi Paris, care educa copiii cu ajutorul metodelor: mimică, grafică şi dactilă.

Au urmat, George Ştefănescu şi N. Ionescu Tei, ultimul fiind şi director al şcolii, între 1870-1901. După 1880 (după Congresul de la Milano), metoda mimică franceză a fost înlocuită cu metoda germană orală şi la noi în ţară.

S-a publicat, în acea perioadă, primul îndrumător oralist: *Noţiuni de articulaţie sau instrucţiuni pentru a face să vorbească surdo-muţii* de Eugen Baican şi N. Ionescu care marca trecerea educaţiei deficienţilor de auz de la comunicarea mimico-gesticulară la comunicarea orală.

Între cele două războaie mondiale, educaţia surzilor se făcea în şcolile din Timişoara (1887), Arad (1885), Cluj (1888), Cernăuţi (1908), Bucureşti: *Şcoala pentru fete* (1921) şi *Şcoala pentru băieţi* (1927), Iaşi (1931), Focşani (încă din 1895).

Aceste şcoli au funcţionat în baza Legii învăţământului primar şi normal primar din anul 1924. În această lege, şi în amendamentele ulterioare, se fac precizări cu privire la personalul didactic ce era alcătuit din:

- învăţători asistenţi, numiţi dintre absolvenţii şcolilor normale şi învăţători titulari, numiţi dintre învăţătorii asistenţi cu doi ani de muncă în şcoala specială după un concurs dat.
- profesori medico-pedagogi, ce s-au format între 1921-1927 la Universitatea din Cluj, sub conducerea lui Creiniceanu şi între 1938-1940, la Universitatea din Bucureşti sub, conducerea lui Ciorănescu.

Au apărut primele cărţi speciale pentru surzi şi *Revista asociaţiei corpului didactic medico-pedagogic din România*, la Cernăuţi, (1931-1936).

Dimitrie Rusceac (Rusticeanu) cu studii de specialitate la Viena, a popularizat ideile din Europa în domeniul demutizării. Acesta a publicat *Programa de studii a surdo-muţilor din România*, *Iniţierea surdo-muţilor în limbajul vorbit* şi alte lucrări de specialitate.

Ion Ciorănescu a făcut studii de specialitate la Berlin şi a fost inspector în Ministerul Învăţământului; a publicat *Abecedar pentru şcolarii surdo-muţi spre a învăţa vorbirea, citirea cu grai şi scrierea.*

Metoda românească orală de demutizare este atribuită lui Rusticeanu şi Ciorănescu, şi a ţinut seama de specificul limbii române în articularea structurilor fonetice. În timp, aceasta a fost dezvoltată de surdologii din şcoli şi a rămas o metodă orală „echilibrată” care acceptă înnoiri, dar respinge exagerările metodei orale „pure”.

După al doilea război mondial şi până în prezent, în educaţia copiilor cu deficienţe se conturează câteva etape distincte.

Prima etapă (1950-1970) a adus schimbări atât în organizare, cât şi în metodele de recuperare.

A doua etapă (1970-1989) este caracterizată prin stagnare în ceea ce privește asigurarea bazei materiale și desființarea unor instituții de cercetare și educație.

A treia etapă, de după 1989, se caracterizată prin mari schimbări în domeniul organizatoric, dar și prin crearea unor oportunități deosebite de cercetare în domeniu, în informare, în integrarea în principalele curente ce animă instrucția și educația contemporană, evoluția persoanelor cu nevoi speciale.

2. ETIOLOGIE ŞI CLASIFICARE ÎN DEFICIENŢA DE AUZ

Termeni ca surditate, deficiență de auz, surdo-mutitate, hipoacuzie, handicap auditiv se referă, în principal, la starea de disfuncționalitate senzorială auditivă, generată de o etiologie complexă ce acționează la nivel somatic, funcțional sau psihic.

Pierderile de auz pot fi cauzate de afecțiuni ale urechii externe, de afecțiuni ale urechii medii, de afecțiuni ale urechii interne sau de afecțiuni ale traseului nervos sau cortexului auditiv.

Există mai multe tipuri de clasificări, care au la bază criterii etiologice și temporale.

După momentul apariției deficienței, întâlnim:
- deficiențe ereditare (anomalii cromozomiale, transmitere genetică);
- deficiențe dobândite;

sau
- deficiențe prenatale;
- deficiențe perinatale (neonatale);
- deficiențe postnatale.

Una din cele mai uzuale clasificări, menționată de C. Pufan (1972), este cea efectuată de Bringauer ce clasifică surditățile în ereditare și dobândite.

A. Surditățile ereditare. În baza studiilor anatomo-patologice, s-au evidențiat trei tipuri:
- tipul Siebenmann, caracterizat prin lezarea capsulei osoase în care se află componentele urechii și leziuni secundare ale celulelor senzoriale și ganglionare ale fibrei nervoase;
- tipul Sheibe se caracterizează prin atrofia nicovalei, cu leziuni ale elementelor nervoase din canalul cohlear și leziuni la nivelul saculei, labirintului; leziuni ale organului Corti;
- tipul Mondini vizează leziuni la nivelul nervului (ultimele spirale), cu o dilatare a canalului cohlear și a ganglionilor cohleari, cu atrofia organului Corti și atrofia nervilor cohleari.

Din punct de vedere clinic, se disting surdități ereditare: **fără malformații asociate**, care la rândul lor sunt evolutive sau neevolutive și **sindroame asociate**.

Dintre surditățile asociate cu alte disfuncții enumerăm:
- surditate asociată, cu lezarea țesutului conjunctiv (sindromul lui Marfan);
- surditate asociată, cu disfazie moleculară sau maladie metabolică (maladia lui Hurler);
- surditate asociată, cu disfuncții hormonale (sindromul lui Pendred);

- surditate asociată, cu procese de abiotrofie (lezarea ochilor, rinichilor, ţesuturilor nervoase).

Dintre sindroamele cele mai frecvente de abiatrofie oto - retiniană este cel al lui Usher, caracterizat prin surditate de percepţie şi retinită pigmentară; sindromul lui Cochayne, caracterizat prin surditate de percepţie asociată cu retinita pigmentară şi nanism; sindromul lui Hollgrem, caracterizată prin surditate de percepţie asociată cu retinita pigmentară, ataxie vestibulo-cerebrală şi deficienţă mentală.

B. Surdităţile dobândite, sau contractate, datorită unor factori ce au acţionat în diferite momente ale evoluţiei individului, sunt grupate în: surdităţi prenatale, surdităţi neonatale şi surdităţi postnatale.

C. Pufan, analizând cauzele surdităţii dobândite, a constatat că: **pentru surditatea prenatală** cauzele ar fi: sifilisul ereditar, consangvinitatea, tuberculoza, surditatea familială dobândită de părinţi, maladiile infecţioase ale mamei, anumite traumatisme ale mamei din perioada sarcinii;

Pentru surditatea neonatală cauzele ar fi: traumatismele din timpul naşterii, aplicarea forcepsului la naştere, asfixiile la naştere; **pentru surditatea postnatală** cauzele ar fi: encefalopatiile, meningitele, maladiile infecţioase acute (scarlatina, tifosul, bronhopneumoniile), anumite traumatisme, abuzul de antibiotice (în special de streptomicină).

Acelaşi autor aminteşte o cercetare efectuată de Decio Scuri, în cadrul Institutului de Stat pentru Surdomuţi din Roma în 1954 în urma căreia au fost evidenţiate cauzele ce au dus la surditate, astfel:

- **cauze prenatale**, din care:
  - 47,7 % erau eredo-sifilitici;
  - 36,9% erau consangvini;
  - 7,8% proveneau din părinţi alcoolici;
  - 10,6% erau surdităţi cu cauze neprecizate.
- **cauze postnatale**, din care:
  - 60% erau cauzate de meningite cerebro-spinale;
  - 20% erau provocate de scarlatină;
  - 20% erau provocate de sifilisul de la mamă (eredo-sifilis).

Ceretelli (după C. Pufan, 1972) împarte surdităţile în eredofamiliale şi somatice.

Cele **eredofamiliale** se datorează nedezvoltării labirintice, aplaziei urechii medii şi urechii externe, atrofiei SNC, osteodistrofiei capsulei osoase labirintice.

Cele **somatice** au o serie de cauze:

- cauze prenatale embrionare şi fetale: maladii din perioada gravidităţii, cu referire la bolile infecţioase şi virotice (în anii '64, '65, în Italia a fost epidemie de rujeolă, înregistrându-se 40.000 cazuri cu diferite afecţiuni, dintre care 15.000 cu surditate); cauze toxice, traumatice, endocrine, metabolice;
- cauze neonatale: incompatibilitatea factorului Rh, traumatisme obstetrice, defecte de placentă, travaliu prelungit;

- cauze postnatale: boli infecţioase ale copilului; factori toxici, traumatici, tulburări endocrine şi metabolice.

La acestea autorul mai adaugă şi surdităţi provocate de *cauze necunoscute*.

Myklebust a clasificat surdităţile ţinând cont de 4 factori:

- **gradul de surditate**, pentru a diferenţia surditatea propriu-zisă de hipoacuzie;
- **factorul timp,** adică vârsta la care se manifestă fenomenul, pentru a diferenţia surditatea congenitală de cea dobândită;
- **factori de natură exogenă şi endogenă**;
- **originea fizică a deficienţei** (diferite leziuni ce apar asociate cu surditatea).

Cercetările de neuropsihiatrie au evidenţiat şi alte tipuri de surdităţi, precum ***surdităţile psihogene***, care au origine psihică, ce derivă din nevroze sau psihonevroze, subiectul fiind incapabil să-şi folosească auzul, fiind convins că este surd.

De asemenea, există şi *surdităţi false*, ce constau într-o atitudine de falsă surditate adoptată de subiect în scopul obţinerii anumitor beneficii. Aceste surdităţi sunt cunoscute sub denumire de surdităţi funcţionale.

C. Pufan, referindu-se la consecinţele psihologice ale surdităţii, evidenţiază câteva etape de instalare a surdităţii cu consecinţele specifice:

- **surdităţi instalate prenatal şi postnatal, până la 2 ani,** ce afectează grav capacitatea de comunicare şi de adaptare emoţională a subiectului;
- **surdităţi apărute între 2 şi 6 ani,** caz în care dacă până la această vârstă auzul a fost normal, consecinţele pe planul dezvoltării psihice sunt mai mici, pentru că se presupune că limbajul verbal, până la această vârstă, s-a achiziţionat. În această situaţie, prognosticul este favorabil pentru dezvoltarea ulterioară a limbajului verbal şi a psihismului în general;
- **surdităţile instalate la vârsta şcolară** au consecinţe majore, cu repercusiuni asupra personalităţii copilului şi asupra adaptării şcolare;
- **surdităţile instalate în perioada primei maturităţi (18-30 ani)** produc, în asociaţie, tulburări în viaţa familială şi socială, cu perturbări grave ale echilibrului emoţional şi ale integrării sociale;
- **surdităţile instalate de la prima maturitate la cea târzie (30-60 ani),** au consecinţe negative ce derivă din necesitatea schimbării locului de muncă, a profesiei;
- **surdităţile instalate la bătrâneţe (presbiacuzia)** determină izolarea individului de lumea reală şi generează sentimente de incertitudine.

Efectul tulburărilor de auz este, deci, diferit, în funcţie de:

- vârsta la care a aparut tulburarea;
- particularitatile psihice ale subiectului;
- mediul în care trăieşte subiectul;
- atitudinea celor din jur.

In funcţie de lateralitate, putem întâlni:

- deficiente unilaterale;
- deficiente bilaterale.

De cele mai multe ori, urechea cu auz normal poate suplini surditatea celeilalte.

Criteriul cauzalităţii anatomo-fiziologice a surdităţii

Deficienţele de auz sunt, de cele mai multe ori, consecinţa unor malformaţii sau dereglări anatomo-fiziologice ale structurilor analizatorului auditiv.

Pierderile de auz pot fi cauzate de afecţiuni ale urechii externe, de afecţiuni ale urechii medii, de afecţiuni ale urechii interne sau de afecţiuni ale traseului nervos sau cortexului auditiv.

Cea mai frecventă clasificare, ce ţine seama de cauzele anatomo-fiziologice, împarte surdităţile în:

- surditate de transmisie sau de conducere;
- surditate de percepţie sau neurosenzorială;
- surditate centrală.

Diminuarea sau încetinirea funcţiei auditive atrage după sine o reorganizare perceptivă în vederea unei utilizări mai bune a celorlalte simţuri valide.

Surditatea de transmisie este rezultatul unor obstacole, a unor dificultăţi ivite în calea sunetului, în trecerea de la exterior spre urechea internă, apărând ca o **surditate de baraj**. Acest tip de surditate apare ca urmare a afectării urechii externe şi urechii medii. Majoritatea pierderilor de auz de conducere sunt probleme ce se rezolvă chirurgical, având natură mecanică şi determină pierderi de auz mici sau medii, până în 40-50 de decibeli. Acest tip de pierdere de auz poate duce la o hipoacuzie fluctuantă sau prelungită şi afectează frecvenţele joase; din punct de vedere al recepţiei vorbirii, determină nedistingerea vocalelor şi a diftongilor. Poate avea efecte semnificative în dezvoltarea limbajului copilului şi în progresul educaţiei lui.

Cauzele, ce determină această surditate localizate la nivelul urechii externe, sunt: ceară în exces, otite externe, inflamarea conductului auditiv, stenoza conductului auditiv, lipsa conductului auditiv extern, deformarea acestuia, deformarea pavilionului sau lipsa pavilionului; deficienţe ce se rezolvă pe cale chirurgicală, în bună parte.

Dereglările urechii medii se datorează celor trei oscioare, care pot fi atrofiate din naştere sau pot fi dislocate datorită unor infecţii (otitele acute din urechea medie); apar, de asemenea, în cazul otitei medii secretante, caz în care urechea medie este plină cu lichid, iar timpanul este retractat; în cazul otitei medii cronice supúrate, când timpanul şi oscioarele sunt distruse; în otoscleroză, caz în care scăriţa se fixează rigid de fereastra ovală şi distorsionează transmiterea undei sonore, perturbând presiunea din urechea medie prin blocarea trompei lui Eustachio.

Surditatea de percepţie este cauzată de afecţiuni ale urechii interne, ale receptorilor din labirintul cohlear sau ale nervului VIII sau ale centrilor nervoşi superiori . Această surditate nu poate fi tratată chirurgical, intervenindu-se pentru prevenire şi nu pentru înlocuire sau remediere. Determină pierderi mari de auz , uneori peste 100 de decibeli şi audiţia este compromisă, mai cu seamă pentru sunetele de frecvenţă medie şi înaltă.

Surditatea de percepţie se poate asocia cu afecţiuni la nivelul urechii externe sau urechii medii., generând o deficienţă de auz mixtă.

În unele cazuri, unele persoane aud zgomote, acufene (sunete stridente, continue, variate), sindrom cunoscut sub numele de *tinitus*, mai frecvent întâlnit la adulţi. Aceste

sunete false sunt deranjante pentru subiect şi pot deregla întreaga viaţă psihică, provocând iritabilitate, nervozitate, nesiguranţă.

Uneori, în cazul surdităţii profunde, poate apărea senzaţia falsă „de auz continuu a ceva".

Surditatea de percepţie determină pierderi grave de auz sau chiar incapacitatea percepţiei totale a lumii sonore. Această tăcere nu este întotdeauna absolută şi definitivă deoarece unele persoane mai pot percepe, auditiv, unele sunete foarte puternice sau în unele cazuri pot fi ajutate cu proteze auditive sau cu ajutorul implantului cohlear, astfel vor fi din nou impresionaţi de lumea sonoră.

Cauzele acestei surdităţi pot fi multiple; cele **congenitale prenatale** sunt de natură ereditară cromozomială sau se datorează incompatibilităţii factorului Rh sau unor suferinţe materne.

Surdităţile de percepţie mai pot avea o cauzalitate **neonatală,** precum: prematuritate, anoxie, toxemia gravidei, anumite afecţiuni cerebrale ale copilului.

Altele se datorează unor factori ce acţionează postnatal, **unor boli ale copilului** de natură bacteriană (meningită); virală (orion, pojar); de natură toxică (difterie, febră tifoidă); febra foarte mare; antibiotice, ce lezează terminaţiile nervoase din urechea internă; traumatisme cu lezarea cohleei; fracturi de craniu, expunere îndelungată la zgomote foarte puternice.

De asemenea, aceasta poate fi provocată şi de o anumită gamă de medicamente, precum: antibioticele, diureticele, chinina, salicilina, clorochinina.

Surditatea de percepţie mai poate apărea şi datorită îmbătrânirii şi sclerozării componentelor urechii interne.

Surdităţile mixte includ trăsături ale surdităţii de transmisie şi de percepţie şi se întâlnesc în cazul otospongiozei, a otosclerozei juvenile, otosclerozei senile etc.

Surditatea centrală ia naştere prin lezarea nervului auditiv, datorită unor traume sau tumori ale nervului sau altor tumori ce, prin compresiuni asupra nervului sau asupra anumitor zone din cortexul auditiv, produc leziunea acestuia. Unele boli ca encefalita, hemoragiile cerebrale, traumatismele craniene duc la leziunile nervului auditiv şi pot produce surditate centrală. De asemenea, în urma leziunii bulbului rahidian poate apărea surditate centrală. În acest caz, chiar dacă celelalte instanţe ale aparatului auditiv sunt integre, la nivelul cortexului nu mai există posibilitatea recepţiei şi decodificării impulsului nervos şi deci nu poate apărea senzaţia şi, cu atât mai puţin, percepţia auditivă.

Gradele deficitului auditiv

Deficitul de auz se diferenţiază, de la un subiect la altul, în raport cu locul şi profunzimea leziunii. Deficitul auditiv se poate stabili cu ajutorul unor aparate speciale electroacustice numite audiometre. Prin măsurătorile audiometrice se stabilesc pragurile sensibilităţii auditive pentru diferite intensităţi ale sunetelor, exprimate în decibeli şi pentru diferite înălţimi exprimate în herţi.

Redăm, în continuare, un tabel cu gradele de pierdere a auzului, precum şi cu caracteristicile capacităţii auditive în condiţii de diminuarea auzului tot mai accentuată.

Gradele deficitului auditiv, după Biroul internaţional de audiofonologie de la Bruxelles:

Gradul pierderii auzului (în decibeli)	Tipul pierderii de auz	Efectele pierderii de auz asupra percepţiei sunetelor ambientale şi a vorbirii
0-20 dB	Auz relativ normal	- aude şi foşnetul frunzelor; - aude conversaţia fără dificultate; -poate acea dificultăţi pentru a înţelege vorbirea e la distanţă.
20-40 dB	Deficit de auz lejer sau hipoacuzie uşoară	- aude vorbirea de aproape şi dacă priveşte faţa vorbitorului ; - poate pierde 50% din discuţiile din clasă dacă un este în linie dreaptă cu faţa vorbitorului:
40-70 dB	Deficit de auz mediu sau hipoacuzie moderată	- necesită protezare pentru a percepe conversaţia; - aude câte ceva din conversaţie (vocalele, unele consoane), dacă este purtată tare; -poate să identifice unele sunete din mediu; - vorbirea nu se dezvoltă spontan.
70-90 dB	Deficit de auz sever sau hipoacuzie severă	- poate auzi zgomote, vocea umană,unele vocale, fără a înţelege vorbirea; - se protezează, cu succes în percepţia vorbiri.
peste 90 dB	Deficit de auz profund sau surditate sau cofoză	- aude sunete foarte puternice care sunt percepute mai ales ca vibraţii , nu ca model tonal; -comunicarea verbală dacă există tinde să se deterioreze;

3. SPECIFICUL FUNCŢIILOR ŞI PROCESELOR PSIHICE ÎN DEFICIENŢA DE AUZ

Relaţia dintre funcţia auditivă şi limbajul verbal

Consecinţele în planul dezvoltării psihofizice şi al educaţiei, la copii, se corelează, în mare măsură, cu tipul şi gradul de deficit auditiv, precum şi cu momentul pierderii auzului.

Ceea ce atrage atenţia la un prim contact cu o persoană deficientă de auz este dificultatea de comunicare. Persoana poate folosi, pentru a se exprima, un limbaj mimico-gestual care nouă, auzitorilor, ne este străin sau poate folosi limbajul verbal într-o manieră care pare a fi ciudată. Ca atare, nu deficienţa de auz, în sine, ar constitui problema, ci modul de comunicare al persoanei; faptul că deficienţa de auz îl privează pe individ de recepţia sonoră a limbajului verbal şi, ca urmare, vorbirea lui nu se dezvoltă în parametri normali, este deficitară sau chiar distorsionată.

Depistarea precoce a tulburărilor auditive este o condiţie fundamentală pentru evoluţia ulterioară a copilului, datorită pericolului apariţiei mutităţii, adică neînsuşirea limbajului ca mijloc de comunicare şi instrument operaţional al gândirii. Altfel spus, deficienţa auditivă nu este atât de gravă prin tipul, forma de manifestare, gradul de pierdere a auzului, cât mai ales prin influenţele negative asupra proceselor de percepere a sunetelor necesare formării şi dezvoltării normale a vorbirii, limbajului, gândirii copilului deficient. În literatura de specialitate, este unanim recunoscut faptul că, un copil mic cu pierderi mari de auz, fără o protezare precoce, va deveni inevitabil şi mut. De asemenea,

disfuncţiile auditive, cu cât sunt mai grave, cu atât vor influenţa mai mult apariţia şi dezvoltarea normală a vorbirii, fapt evidenţiat prin frecvenţa crescută a tulburărilor de vorbire la copiii cu diferite grade de hipoacuzie. În plus, datorită absenţei comunicării prin limbaj, un copil surd este mai dezavantajat, sub raportul structurării operaţiilor cognitive, decât un copil orb, dar în ambele cazuri se produc modificări esenţiale ale proceselor de receptie, analiză şi răspuns pentru varietatea stimulilor din mediul înconjurător. Prin intervenţia proceselor de compensare se produc transformări majore în structurarea dominantelor perceptive şi de prelucrare a datelor la nivel cerebral, care conferă anumite particularităţi modului de manifestare a vieţii lor psihice, atât din punct de vedere calitativ, cât şi din punct de vedere cantitativ.

Sistemul auditiv, în comparaţie cu celelalte sisteme senzoriale, nu redă decât însuşirile vibratorii ale sunetelor, dar are privilegiul de a recepţiona şi prelucra, adecvat, sunetele verbale, muzica şi sunetele ambientale. Faţă de aceste trei realităţi acustice cuvântul, ca semnal, este cel ce materializează produsul superior al activităţii de cunoaştere şi sistematizează şi generalizează informaţii despre obiectele şi fenomenele lumii externe. La nivel uman, reflectarea audiţiei dobândeşte un caracter mijlocit şi generalizat şi se raportează, în primul rând, la limbaj, dobândind o semnificaţie cognitivă.

Limbajul verbal este instrumentul ce asigură dezvoltarea spirituală a individului, fiind purtătorul experienţei de cunoaştere a omenirii, în acelaşi timp, mijloc de obiectivare şi fixare a propriei activităţi de cunoaştere, dar şi mijloc de vehiculare a informaţiilor şi, în acelaşi timp, factor de reglare şi autoreglare. În consecinţă, perturbări la nivelul diferitelor laturi ale limbajului verbal este de aşteptat să influenţeze, într-o manieră specifică, întregul psihism al persoanei, raporturile ei cu lumea, cu mediul ambiant.

Sistemul auditiv mai are şi rol tonifiant pentru întreg psihismul uman, subiectul uman fiind un rezonator faţă de tot ce există în exterior (vibraţii sonore variate, multiple, nuanţate). Această senzaţie creează trăirea plenară a existenţei în realitate a organismului.

Analiza psihologică a recepţiei senzoriale auditive se realizează, în acest context, prin prisma dezvoltării psihice generale a individului.

Influenţa diferitelor grade şi tipuri de pierdere a auzului va fi studiată sub raportul influenţei asupra dezvoltării psiho-fizice a copilului, în special, şi în raport cu influenţa mediului familial, şcolar, social, prin raportarea membrilor familiei, a celorlalţi factori sociali faţă de persoana deficientă de auz.

Repercusiunea surdităţii de transmisie dobândite în copilărie asupra dezvoltării copilului

În cazul surdităţii de transmisie, se interpun perioade în care copilul aude, relativ bine, cu perioade în care intervin diverşi factori în calea transmisiei. Există cercetări ce arată că în această situaţie, se produc tulburări asupra achiziţionării limbajului şi vorbirii, fiind asociate cu probleme pe termen lung în dezvoltarea intelectului, în achiziţionarea cunoştinţelor.

Studiile efectuate de **Webster, A., Banford, J. şi Sanders E.**, (1984) arată că, atunci, când copiii au suferit otite medii repetate încă din primul an de viaţă, le-au fost afectate laturi ale fiziologiei vorbirii, bogăţia vocabularului, maturitatea gramaticală, înţelegerea, expresivitatea, memoria auditivă, deprinderile de a asculta. Aceste studii

evidenţiază, de asemenea, şi o anumită deficienţă în comportamentul social şi în adaptarea socială. Acei copii care nu aud clar sunetele vorbirii în copilărie vor avea dificultăţi în a interpreta şi produce sunetele contrastante, fricative, siflante, nazalele din spectrul vorbirii.

Studierea în laborator a efectelor tulburărilor de auz de natură conductivă a dus la constatarea că la o pierdere de auz de 15-20 dB, este afectată capacitatea copilului de a asculta şi de a discrimina sunetele în timpul jocului.

De asemenea, pe lângă întârzierea în dezvoltarea fonologică, există şi întârzieri în dezvoltarea vocabularului lui. Unii copii nu au putut identifica imaginea unor cuvinte rostite. Când s-a măsurat dezvoltarea sintaxei, s-a arătat că au un registru limitat de cuvinte şi propoziţii; acestea fiind în general simple. În timp ce cei mai mulţi copii auzitori atinseseră un anumit nivel de propoziţii dezvoltate, cei cu pierdere de auz de conducţie aveau o întârziere de aproximativ 2-3 ani. În clasă, aceşti copii aveau dificultaţi în înţelegerea a ceea ce se predă şi exista posibilitatea de a interpreta greşit întrebările; dovedeau o capacitate restrânsă de a exprima ideile proprii şi de a exprima răspunsurile. Aceştia foloseau, accidental, unele structuri sintactice, timpurile verbelor, formele pluralului; nu aveau o regulă bine pusă la punct de elaborare a propoziţiilor şi frazelor.

Cercetătorii menţionaţi, în urma relatărilor părinţilor, au evidenţiat faptul că aceşti copii cu otită medie persistentă, sunt mai reţinuţi în relaţiile sociale, nu iniţiază relaţii, sunt mai puţin atenţi, mai puţin motivaţi în învăţare, au o concentrare limitată a atenţiei, manifestă dependenţă de adult în luarea deciziilor.

Într-un studiu centrat pe consecinţele pierderii de auz de conducţie asupra comportamentelor sociale, efectuat de **Silva** şi **Williams** în 1985, mamele unui grup de copii de 5 ani cu otită medie, au caracterizat copiii lor ca fiind agitaţi, izolaţi şi distructivi. Când există probleme de comportament, apar şi probleme de învăţare. Când comunicarea cu copilul este dificilă, adultul are tendinţa de a fi mai directiv şi mai restrictiv, astfel încât relaţia devine încărcată emoţional. Aceste relaţii tensionate apar frecvent între adulţii şi copiii cu deficienţă de auz.

Cercetători, ca **Banford** şi **Sanders** au încercat să explice de ce apar atâtea consecinţe în cazul în care surditatea nu este prezentă de la naştere şi nici nu este permanentă. Ei au constatat că pierderea de auz de transmisie influenţează toate frecvenţele de sunete, conducând la o scădere a auzului pe toată gama de frecvenţe şi mai puţin la o distorsionare a semnalului sonor. Pierderea de auz, cauzată de afecţiuni în urechea externă sau în urechea medie, nu este mai mare de 20-50 dB, însă natura fluctuantă a pierderii de auz derutează copiii în perioada critică de dezvoltare, tocmai atunci când copilul recepţionează modelul sonor. Acesta suferă uşoare schimbări, ce fac dificilă construcţia unui depozit al memoriei sau al unui cadru pentru sensul sunetelor.

Pierderea de auz intervine şi interferează cu organizarea perceptuală a sunetelor, astfel încât copilul nu poate să-şi consolideze memoria în perioada audiţiei. Cei doi cercetători afirmă că inconsistenţa în experienţa sonoră a copilului întârzie achiziţionarea structurilor de referinţă ale unităţilor perceptuale ale vorbirii.

Alte explicaţii atribuie efectele asupra dezvoltării copilului, agentului cauzal al otitei.

Unele studii efectuate pe copiii ce au avut otite, în comparaţie cu copiii ce nu au avut otite, au evidenţiat că nu s-au luat în considerare alte aspecte, precum vârsta, familia, cadrul socio-cultural, care îşi pun amprenta asupra dezvoltării psihofizice a unui copil.

Webster şi **Wood** (1991) au identificat un număr de factori ce contribuie la întârziere în dezvoltare şi predispun copiii la otite medii, ca de exemplu: sărăcia, hrana inconsistentă, condiţiile de trai, condiţiile dificile la naştere etc.

Pierderea de auz de percepţie moderată şi efectele ei asupra dezvoltării copilului

În comparaţie cu auzitorul, copilul cu pierdere de auz de percepţie moderată (60 dB) se caracterizează prin imaturitate în vorbire, în vocabular, în concepte lingvistice, în sintaxă; consoanele, în special cele finale, sunt omise, consoanele contrastante sunt achiziţionate cu întârziere; este afectată discriminarea vorbirii; în limbajul expresiv, sunt folosite predominant propoziţiile scurte şi simple pentru că nu posedă reguli de construire a frazelor; foloseşte un registru limitat de idei pentru a-şi exprima propriile gânduri.

Rezultatele studiilor amintite şi cele proprii (**Popa, M.**, 2001) evidenţiază că progresul spre un limbaj mai complex este limitat pe măsură ce copilul se maturizează şi, de aceea, acesta nu poate ţine pasul cu colegii auzitori.

În literatura de specialitate sunt prezentate liste cu concepte la care aceşti copii au dificultăţi , ajungând greu să cunoască sensul metaforic al unor cuvinte. Există o rămânere în urmă la unele materii şcolare, în special la cele legate de limba maternă. Aceasta nu trebuie pusă doar pe seama pierderii de auz în sine, ci în primul rând pe o experienţă sonoră inconstantă (când ne referim la copiii din România), pe seama amenajărilor necorespunzătoare din clasă, care îngreunează recepţionarea mesajelor sonore, cât şi pe seama instructajului verbal necorespunzător ca urmare a stilului de predare al profesorului.

Surditatea de percepţie profundă şi efectele ei asupra dezvoltării copilului

Surditatea de percepţie profundă(peste 80 dB) influenţează, fără îndoială, pe multiple planuri dezvoltarea copilului. Efectele în copilărie sunt de neprevăzut uneori, iar în unele cazuri chiar devastatoare şi depind, în mare parte, de atitudinea familiei faţă de copilul deficient de auz.

Studiile efectuate şi practica în domeniu au arătat că nu se poate spune despre toţi copiii surzi prelingual, că au caracteristic un nivel scăzut al dezvoltării, un nivel scăzut la învăţare sau în achiziţionarea limbajului. Nu se poate spune nici cu siguranţă dacă o anumită metodă i-ar putea ajuta în mod special; în schimb, cele mai multe cercetări şi practica în domeniu arată că depistarea şi protezarea precoce, stimularea auditivă şi educativă timpurie şi individualizarea procesului educativ la clasă sunt factorii cruciali care sprijină dezvoltarea acestor copii.

Neglijarea copilului şi neluarea în considerare a acestor factori determină, cu siguranţă, distorsiuni pe toate palierele: devianţă în limbaj , faţă de posibile întârzieri, nedezvoltarea sau întârzierea proceselor cognitive, perturbări la nivelul personalităţii etc.

Copiii surzi, proveniţi din familii de surzi, prezintă mai puţine dificultăţi de natură emoţională şi au mai puţine probleme decât cei proveniţi din familii de auzitori, ca urmare a faptului că folosesc un limbaj comun pentru comunicare, cel mimico-gestual. În familiile de auzitori cu copii surzi există, de cele mai multe ori, relaţii defectuoase de comunicare şi perturbări ale relaţiilor afectiv-emoţionale ce influenţează negativ întreaga dezvoltare psiho-socială a copilului.

Pe lângă gradul pierderii de auz, mai contribuie şi alţi factori la nivelul achiziţiilor verbale şi la formarea comportamentului. Aceşti factori ţin de nivelul de cunoaştere al părinţilor, de pregătirea profesională, de nivelul veniturilor familiale şi nu, în ultimul rând, de disponibilitatea lor psiho-afectivă de relaţionare cu copilul.

Pierderea de auz neurosenzorială profundă este prezentă din prima copilărie şi, în general, nu se asociază cu alte deficienţe sau afecţiuni. Nevoile speciale ale acestor copii sunt mai numeroase decât în cazul celor cu pierderea de auz moderată.

Pierderea de auz monaurală şi implicaţiile asupra dezvoltării copilului

În funcţie de afectarea unei urechi sau a ambelor urechi, pierderea de auz este monaurală sau binaurală. Distrugerea nervului auditiv al unei urechi este rezultatul unei infecţii virale (foarte frecvent, oreon contactat în copilărie). În aceste cazuri, copiii vor recepţiona mesajul sonor unilateral. Capacitatea de recepţie a copilului este afectată de zgomote şi vibraţii. La distanţă mare faţă de sursele sonore şi într-un mediu cu un nivel ridicat al zgomotelor, aceştia reacţionează mai lent, manifestând nesiguranţă în decodificarea mesajelor şi pot manifesta greutate în localizarea sursei sonore, existând perturbări ale percepţiei stereoscopice. Se observă tendinţa copilului de a căuta în jur persoana care vorbeşte.

În unele cazuri, urmările acestei afecţiuni pot fi evitate. Cei cu auz monaural pot face faţă condiţiilor din şcoala obişnuită, dacă beneficiază de anumite măsuri speciale. De aceea, un prim ajutor ce se poate da copilului cu auz monaural constă în a-l aşeza în clasă cu urechea neafectată spre vorbitor. Dacă are probleme de interacţiune, trebuie făcute anumite modificări în spaţiul clasei.

Şi în cadrul familial, trebuie să se acorde o atenţie sporită copilului cu acest tip de deficienţă de auz, pentru că întâmpină dificultăţi în recepţionarea mesajelor celor din jur şi în relaţionarea cu aceştia. Astfel, trebuie să se vorbească în apropierea copilului, trebuie ca deplasarea sursei sonore să se producă spre urechea neafectată; copilul va fi învăţat să se aşeze cu urechea neafectată spre partenerul de dialog, să i se adreseze copilului din faţă etc.

Implicaţiile pierderii de auz în mediul social şi şcolar

Copiii cu deficienţă de auz nu pot asculta şi scrie în acelaşi timp. Astfel, dictarea şi lectura sunt activităţi foarte dificile. Profesorii pentru surzi deprind o tehnică specială pentru dictare. Dacă un copil cu deficienţă de auz se integrează într-o clasă de auzitori, el trebuie să aibă un prieten, un coleg de bancă care să-i repete ce spune profesorul.

Recepţionarea mesajelor în spaţii vaste este foarte dificilă, pentru că se produce distorsionarea mesajelor datorită reverberaţiilor.

Multe cuvinte pot fi receptate greşit, datorită dependenţei de labio-lectură a copilului deficient de auz. Greşelile de recepţie se repetă şi în forma scrisă a limbajului, ceea ce face ca lucrările scrise ale copilului deficient de auz să apară asemenea cu ale copiilor cu deficienţă de intelect. În acest caz, trebuie să se ţină seama de faptul că aceste

deficiențe, în scris, sunt urmarea unei achiziții mai lente a limbajului, datorită pierderii de auz şi nu a retardului mental.

În activitățile şcolare cu elevii care prezintă dizabilități auditive se recomandă menținerea contactului vizual şi captarea atenției înainte de a vorbi, folosirea unor gesturi şi expresii faciale care să-i ajute să înțeleagă mesajele, încurajarea comunicării şi interacțiunii cu ceilalți colegi din clasă, poziționarea optimă în spațiul clasei, astfel încât elevii să vizualizeze clar educatorul, familiarizarea cu dispozitivele şi mijloacele de comunicare, încurajarea şi valorizarea în fața colegilor; elevii cu deficiențe de auz severe au tendința de a evita comunicarea, şi, din acest motiv, trebuie atent implicați în sarcinile care presupun un răspuns verbal.

Progresul în achiziționarea cunoştințelor şcolare, în formarea deprinderilor sociale, în dezvoltarea emotivității depind foarte mult de dezvoltarea lingvistică a acestuia. Pentru că acesta pierde foarte mult din conversația incidentală, va întâmpina dificultăți în domeniul cunoştințelor generale şi al vocabularului. Exprimarea ideilor va fi dificilă, creând astfel falsa impresie de înapoiere mintală.

Încrederea în sine se va dezvolta încet, copilul deficient de auz manifestând o nesiguranță emoțională. Trebuie evitată izolarea de grup, discriminările care ar putea conduce la insuccese sau la sentimente de frustrare. Copilul deficient de auz va trebui să învețe să trăiască cu deficiența sa în societate. O supraprotecție nu l-ar putea ajuta. El are tendința de a se izola, dar în acelaşi timp simte nevoia de înțelegere simpatetică, de prezența altora.

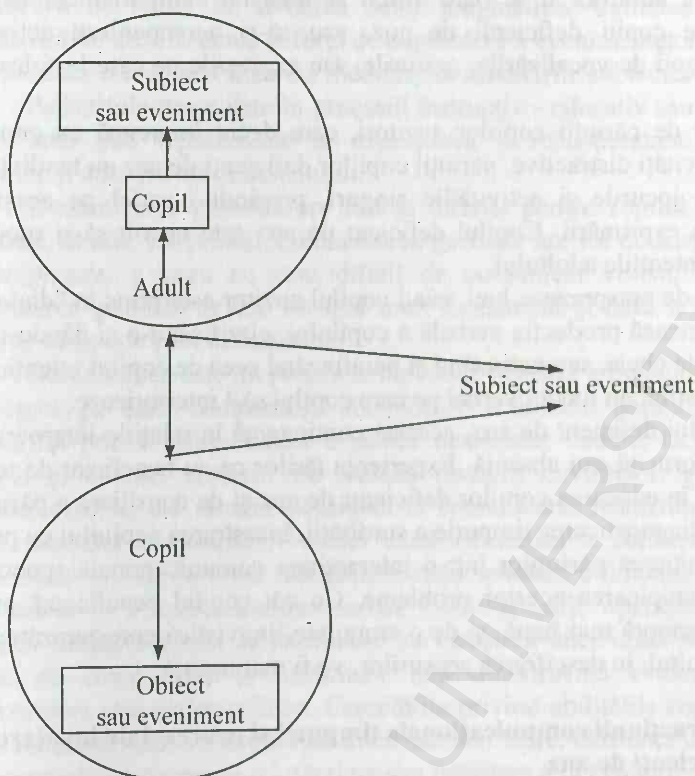
Trecerea din ciclul primar în cel gimnazial implică noi dificultăți legate de vorbirea, ritmul, pronunția noilor profesori. Pentru copiii cu deficiență de auz, incluşi în învățământul public, studierea unei limbi străine creează greutăți şi bariere ce necesită o metodologie specială pentru a fi depăşite.

Deficiența de auz şi dezvoltarea interacțiunii timpurii dintre adult şi copil

Surditatea nu restrânge numai registrul auditiv al copilului, ci mai ales interrelaționarea socială timpurie care stă la baza procesului de comunicare.

În cele mai timpurii contacte, pe care copilul le are cu persoanele din jur şi mediul ambiant, se include pipăitul, mirosul, gustul, văzul, auzul, folosind o varietate de modalități de a cunoaşte lumea. În mod normal, copilul este implicat de la început în tot felul de activități, în care schimbul de informație este reciproc, stabilindu-se un gen de „conversație" chiar înainte de apariția primelor cuvinte. Adultul şi copilul manifestă un interes reciproc, unul față de altul, manifestat într-un gen de dialog intim şi afectiv între cei doi, în care atenția este împărtăşită. O treaptă importantă în dezvoltare, este momentul în care în relația directă adult - copil este interpus un element din lumea exterioară.

Webster şi **Wood** (1989) descriu acest fenomen ca pe un triunghi de referință, în care o experiență vizuală (fie un subiect sau un eveniment), împărtăşită vizual de copil şi adult, este îmbibată permanent de limbajul corespunzător.



În acest sens, când atenţia copilului este atrasă de un subiect sau de un eveniment din jur, explorarea vizuală a copilului este "reflectată", ca într-o oglindă de adult, care se şi uită încotro se uită copilul şi comentează despre subiectul prezumtiv al atenţiei copilului. Începând din a doua jumătate a primului an, copilul poate să urmărească privirea adultului. În acest caz, atenţia copilului şi a adultului va fi captată de acelaşi eveniment sau subiect, ceea ce va creşte posibilitatea ca prin comentariul verbal făcut de adult, să ofere copilului modelul verbal al subiectului sau acţiunii la care se referă. Astfel, adultul îl ajută pe copil să-şi lege experienţa de limbaj, accentuând relaţia ce există între sunetele vorbirii şi evenimente.

Observaţiile efectuate asupra modalităţilor de interacţiune timpurie între mamă şi copiii surzi (Gregory şi Mogford, 1981) au scos în evidenţă existenţa unor deficienţe, în comparaţie cu interrelaţia dintre mamă şi copilul auzitor; mamele întâmpină dificultăţi în a stabili o interacţiune lejeră cu copilul deficient de auz, atât în faza de vocalizare, cât şi mai târziu. În mod normal, comentariul mamei, intonaţia, tonul vocii sunt adaptate după experienţele familiare astfel încât atunci când atenţia este îndreptată spre un obiect se realizează şi relaţia dintre cuvânt şi referentul său.

În cazul copilului deficient de auz, când acesta întoarce capul spre obiectul din centrul interesului pierde verbalizarea corespunzătoare. Astfel, triunghiul de referinţă este lipsit de dimensiunea limbajului verbal.

S-a observat că adulţilor li se pare dificil să aibă un comportament expresiv verbal normal faţă de copiii deficienţi de auz, sau să-şi acompanieze activităţile desfăşurate cu aceşti copii de vocalizările, gesturile; sau expresiile pe care le folosesc ei în mod firesc.

Spre deosebire de părinţii copiilor auzitori, care decid împreună cu copiii lor asupra unor jocuri, activităţi distractive, părinţii copiilor deficienţi de auz au tendinţa de a comanda şi direcţiona jocurile şi activităţile singuri, privându-i astfel pe aceştia de iniţiativa şi încurajarea exprimării. Copilul deficient de auz este nevoit să-şi modeleze comportamentul după intenţiile adultului.

În jurul vârstei de optsprezece luni, când copilul auzitor este prins în "dialog" cu părinţii, aceştia interpretează producţia verbală a copilului, clarificând-o şi dându-i sens, folosind repetiţii, cuvinte cheie, sau extinzând şi parafrazând ceea ce copilul intenţiona să comunice, oferindu-i, astfel, un model verbal pe care copilul să-l interiorizeze.

În cazul copilului deficient de auz, această contingenţă în relaţiile interpersonale cu adultul apare ca deformată sau absentă. Experienţa ţărilor ce au beneficiat de tehnica de amplificare auditivă în educarea copiilor deficienţi de auz şi de consiliere a părinţilor, a demonstrat faptul că diagnosticarea timpurie a surdităţii, înzestrarea copilului cu proteze auditive puternice şi iniţierea părinţilor într-o interacţiune comunicaţională specială cu copilul, ajută la preîntâmpinarea acestor probleme. Cu cât copilul beneficiază mai de timpuriu de o recepţie sonoră mai bună, şi de o stimulare lingvistică corespunzătoare cu atât interacţiunea cu adultul, în descifrarea sensurilor, va fi mai uşoară

Specificul interacţiunii comunicaţionale timpurii şi procesul de invăţare şi de adaptare la copiii deficienţi de auz

Efectele pierderii de auz în copilărie sunt, uneori, devastatoare pentru evoluţia copilului.

Interacţiunea dintre copilul surd şi alte persoane – copii, adulţi – pe planuri multiple, este foarte importantă pentru prevenirea izolării şi nedezvoltării. Intensitatea vocii persoanelor care interacţionează cu aceşti copii, mai ales în cazul utilizării protezelor auditive este un element adeseori foarte important în comunicare.

Pe lângă gradul pierderii de auz, există alţi factori care contribuie la diferenţierea nivelurilor achiziţiilor intelectuale: comportamentul părinţilor faţă de copilul deficient, situaţia materială a familiei, pregătirea profesională şi culturală a părinţilor.

Copiii din familii de surzi au mai puţine dificultăţi de comportament şi au performanţe mai bune decât copiii surzi din familii de auzitori, cel puţin atunci când vin prima dată la şcoală. Această situaţie se poate explica prin relaţia afectiv-comunicaţională distorsionată, care există între familia auzitoare şi deficient cu efecte inhibitive de ambele părţi. Aceste relaţii nefireşti, necorectate pot influenţa negativ întreaga dezvoltare psiho-socială a copilului. Se cunoaşte, din experienţa pedagogică, faptul că atunci când comunicarea cu un copil este dificilă, adultul devine directiv şi restrictiv, iar relaţia adult - copil devine tot mai încărcată emoţional. Surditatea restrânge, mai ales, interrelaţionarea socială timpurie care stă la baza procesului de comunicare.

Comunicarea verbală este şi mijlocul cel mai complet de înţelegere a mesajelor celorlalţi. Deficienţa verbală, urmare a deficienţei de auz există şi se manifestă sub aspectul recepţiei şi expresiei în comunicarea verbală. Aspectele semantice ale

comunicării se reduc în favoarea celor pragmatice. Calitatea informațiilor care se vehiculează nu are claritatea și forța de cuprindere a evenimentelor în totalitatea lor și nici nu se produce o compatibilizare a mediului la solicitările subiectului.

Achizițiile acumulate în procesul instructiv - educativ sau prin intermediul mass-media, sunt slab reprezentate în exprimarea și recepționarea ideilor, sentimentelor, intențiilor și atitudinilor deficientului.

Comunicarea gestuală are funcții diferite pentru copilul normal, față de cel cu deficiențe de auz. La primul, comunicarea gestuală are rol de susținere, de suplinire, sau de completare, a ceea ce este dificil de comunicat verbal; la deficienții de auz, comunicarea gestuală devine tot mai mult fundament și bază a înțelegerii, iar limbajul verbal se însușește prin demutizare.

Demutizarea este un proces complex de însușire a limbajului verbal prin mijloace pedagogice pe baza compensării funcționale a auzului deficitar (folosirea protezelor auditive) și prin folosirea căilor organice nealterate: vedere, tact, kinestezie, în scopul recepției și emisiei vorbirii. Pe măsura însușirii cuvintelor, gestul se subordonează expresiei verbale, dar rămâne dominant în comunicarea neauzitorilor mult timp după ce începe procesul demutizării. Atunci când demutizarea copiilor deficienți de auz se realizează la 6-7 ani în urma formării, în mod spontan, a limbajului mimico-gesticular la nivel scăzut și a instrumentului verbal - oral specific operațional pe planul ideației, învățarea limbajului oral se aseamănă cu însușirea unei limbi străine ce are mai mult funcție de comunicare și informare fără o influență evidentă în organizarea și restructurarea proceselor psihice. Cercetările privind abilitățile cognitive ale deficienților de auz recunosc, într-o măsură mai mică sau mai mare, existența unor restricții perceptive și conceptuale și ca urmare o întârziere sau retardare a dezvoltării cognitive.

Pentru a preveni această rămânere în urmă, se recomandă programe școlare al căror scop este dezvoltarea gândirii și stimularea timpurie a copiilor cu surditate.

Acest deziderat nu poate fi atins fără a asocia și un program special de dezvoltare a limbajului care să susțină dezvoltarea cognitivă a deficienților de auz.

Specialiștii în domeniu, în ultimele decenii, plasează dificultățile de învățare nu în interiorul copiilor, ci în structurarea mediului ambiant pentru învățare. Variabilele majore pe care le controlează adultul, și în special profesorul, sunt: condițiile în care se desfășoară învățarea și răspunsurile care se dau, contingent cu eforturile depuse de copil. Ținând cont de psihologia dezvoltării și de cercetările în domeniul limbajului, au fost identificate trei aspecte importante privind dificultățile de învățare cu care se confruntă deficientul de auz: contactul interpersonal, scopul și înțelesul comunicării și rolul activ al copilului în procesul de învățare.

Primul aspect se referă la importanța pe care o are contactul interpersonal în dezvoltarea limbajului și a gândirii copilului. Copilul este născut cu capacitatea de a folosi simboluri pentru a decodifica ideile și a reprezenta ideile despre lume; el se naște deci cu un potențial de gândire simbolică ce îi permite să învețe limbajul și prin aceasta să învețe orice altceva. Învățarea are la bază un impuls social. În acest sens, copilul învață din primii ani într-un context social interacțional cu adulții care-l înconjoară și îl îngrijesc. În aceste confruntări timpurii copilul nu este un explorator pasiv al mediului, ci el susține și negociază contactele sociale cu cei care împart același mediu cu el. De calitatea și de modul în care se vor desfășura aceste interacțiuni sociale timpurii între

copil şi adult va depinde, în mare măsură, modul de dezvoltare a gândirii şi a limbajului copilului, în special al copilului cu deficit de auz. Modul în care interpretează copilul contextul social, arată felul în care el interacţionează cu ceilalţi în procesul de învăţare a limbajului. Copilul este influenţat atât de locul în care este folosit limbajul, cât şi de înţelesul pe care-l atribuie o anumită persoană acestuia. Încercând să reconstruiască înţelesul cuvintelor, copilul observă cu atenţie o serie de elemente: ce face şi ce spune vorbitorul etc. Când comunicarea nu este direcţionată spre scopuri evidente sau nu este susţinută de un context social, copilul are probleme de înţelegere. Acesta este riscul care poate să apară atunci când se încearcă să se înveţe limbajul direct ca un exerciţiu rupt de contextul în care s-ar fi putut forma spontan.

Importanţa comunicării cu scop în procesul învăţării este al doilea aspect important în achiziţia limbajului verbal; se ştie că într-un context social comunicarea are un subiect anume. Adulţii îşi comunică ceva anume; când părinţii comunică cu copiii lor sunt atenţi la ce încearcă aceştia să exprime, exprimarea copiilor fiind în concordanţă cu dezvoltarea lor intelectuală. Subiectele conversaţiei sunt legate de experienţele oferite, de mediul în care trăieşte copilul şi din care învaţă. Copilul este îndemnat să folosească limbajul şi să înveţe în situaţii ce au un înţeles pentru el însuşi. Aceste precepte stau la baza abordărilor oralist maternale în dezvoltarea comunicării copilului deficient de auz.

În sensul celor arătate, dacă în procesul de învăţare copilul va fi pus în situaţia de a asimila în mod pasiv, acesta nu va putea deveni responsabil pentru propria învăţare şi nu va putea învăţa cum să înveţe. Această idee trebuie urmărită în procesul de învăţare şi la clasă. Cercetările arată că succesul educaţiei depinde de gradul în care copiii sunt ajutaţi să devină conştienţi de propria lor gândire şi de limbajul lor, precum şi de măsura în care obţinen un control conştient asupra modalităţilor proprii de învăţare.

Al treilea aspect se referă la rolul activ al copilului în procesul de învăţare şi este stimulat prin evidenţierea a ceea ce poate să facă un copil şi nu a ceea ce nu poate să facă. Copilul nu recepţionează pasiv informaţia, ci el însuşi încearcă să înţeleagă lumea şi să o influenţeze. Această tendinţă are o mare implicaţie în procesul de învăţare, în modul în care îi trezim setea de cunoaştere. În acest context, este deosebit de importantă relaţia dintre învăţare şi dezvoltarea limbajului, cu implicaţii majore asupra dezvoltării personalităţii şi a vieţii de relaţie a deficientului. Procesul de adaptare la viaţa reală a deficientului de auz într-o lume a auzitorilor este deosebit de complex. În acest proces de adaptare, situaţiile existenţiale îl expun pe deficient şi la alte tipuri de învăţare care au pondere mare în procesul de adaptare: învăţare socială, atitudinală, culturală.

Învăţarea socială are loc începând cu momentul naşterii: copilul învaţă repede cum să manevreze oamenii prin ţipete, zâmbete, gângurit, cum să le capteze atenţia în concordanţă cu comportamentul standard al culturii respective. Copiii învaţă aceste relaţii interpersonale fără a fi învăţaţi de cineva. Ei imită comportamentele din familie şi le integrează în comportamentul propriu. Mediul social larg: şcoala, biserica, instituţiile sociale contribuie la formarea propriilor concepte despre valorile sociale. Odată cu învăţarea cognitivă şi cu cea socială, deficientul îşi dezvoltă sentimente faţă de sine însuşi în relaţie cu membrii societăţii. El devine conştient de imaginea sa prin felul în care este privit de ceilalţi, din atitudinea celorlalţi faţă de sine. Copilul trebuie să aibă o imagine pozitivă despre sine. Unii copii au sentimente negative faţă de ei, şi de aceea se adaptează greu vieţii de familie, de şcoală. Deficienţii de auz dezvoltă acest sentiment mai ales

atunci când urmările deficienţei alterează comportamentele standard ale culturii majoritare.

Cu toate implicaţiile pe care le pot avea experienţele negative, procesul de recuperare a deficientului de auz are loc pe tot parcursul şcolarizării. Dobândirea limbajului verbal, accesul la civilizaţie şi cultură îl ajută să se echilibreze atitudinal şi afectiv şi să se integreze în masa colectivităţii umane. În general, faptul că deficientul nu înţelege perfect semnificaţia cuvintelor, îl împinge spre izolare. Neînţelegerea cuvintelor şi imposibilitatea sprijinului pe intonaţia vocii, care oferă nuanţări structurilor verbale, îl privează pe copil de anumiţi stimulenţi care ar contribui la dezvoltarea funcţiilor sale de cunoaştere, a afectivităţii, voinţei, a personalităţii în ansamblul său. Este evident faptul că rolul cuvântului în dezvoltarea vieţii psihice la om nu poate fi egalat de nici un alt semnal. Gestul şi mimico-gesticulaţia pot avea roluri analoge, dar nu identice celor îndeplinite de cuvânt. Acesta îşi menţine superioritatea sub aspect cognitiv şi reglator la toate vârstele, fiind instrumentul cel mai adecvat pentru evoluţia psihicului uman. El asigură, mai bine decât gestul, formarea structurilor şi a strategiilor intelectului, mobilizează fenomenele psihice la activitate, le actualizează, le exteriorizează.

Caracteristicile comunicării copilului deficient de auz

Consecinţele în planul dezvoltării şi educaţiei la copii se corelează, în mare măsură, cu tipul şi gradul de deficit auditiv, precum şi cu momentul pierderii de auz.

Gradul de pierdere a auzului, specific fiecărui copil, precum şi diversitatea handicapurilor adiţionale care pot să existe, împreună cu situaţia familială a fiecărui individ fac dificilă alcătuirea şi prezentarea unor modele educative care să fie luate drept bune pentru toţi copiii cu deficit de auz. Faptul că un copil este născut cu deficit de auz, în general, determină ca limbajul dobândit să aibă anumite caracteristici.

Acurateţea cu care formele limbajului verbal sunt exprimate este redusă. De aceea expresia: “Ce face fratele tău cel mic?”, ar putea fi înţeleasă: **e, fa, f, te, tn, mi.**

Modul în care este perceput limbajul verbal poate să fie inexact în comparaţie cu cel pe care-l percepe copilul auzitor, deficientul auditiv beneficiind doar de indici vizuali în perceperea vorbirii orale, mai ales când protezarea auditivă nu este eficientă.

În timp, percepţia distorsionată şi incompletă a limbajului oral de către copilul surd contribuie la dobândirea unui model distorsionat şi incomplet a ceea ce înseamnă limba maternă. Aceasta face să îi fie dificil să compare o propoziţie cu o altă propoziţie, astfel munca de a înţelege regulile limbajului exprimat în vorbirea curentă va fi foarte dificilă.

De asemenea, frecvenţa cu care formele limbajului sunt folosite este deosebit de redusă. Cu cât un copil are o deficienţă de auz mai mare, cu atât va dispune mai puţin de limbajul care i se adresează în mod direct lui.

Un copil cu o surditate prelinguală şi fără a beneficia de o amplificare sonoră potrivită, va şti şi va înţelege ceea ce i se spune numai dacă se uită la cel ce vorbeşte şi prinde câţiva indici vizuali.

În asemenea circumstanţe, înainte ca înţelegerea să se dezvolte şi înainte ca el să facă primele demersuri individuale de a vorbi modelul normal al limbajului dobândit este incomplet şi chiar întrerupt.

Specialiştii care se implică în educarea copiilor surzi prelingual, pe lângă cunoaşterea acestor particularităţi legate de copilul deficient, trebuie să aibă şi cunoştinţe temeinice de limbă şi de psihologia însuşirii limbajului în condiţii de normalitate.

Dacă ne punem întrebarea „De ce profesorul pentru surzi trebuie să aibă cunoştinţe despre modul de dobândire a limbajului la auzitori?" putem răspunde:

a) pentru că este vorba despre dobândirea limbii materne care este perturbată de deficitul de auz.

Acest proces, şi nu altul, va fi în atenţia profesorului pentru surzi asupra căruia va trebui să ia decizii. Unii profesori cred că trebuie să recurgă la o metodă de achiziţionare a limbajului într-un mod structurat pentru a ajunge la acel model al limbajului caracteristic copilului fără deficienţe. Pentru a avea cunoştinţe suficiente, trebuie să deţinem posibilitatea de a identifica toţi factorii care concură la dobândirea limbajului oral şi mai ales factorii care fac imposibilă dobândirea în mod normal a limbajului verbal.

b) procesul normal de dobândire a primului limbaj constituie punct de inspiraţie pentru a creiona programe de recuperare pentru copilul cu deficit de auz.

Dacă problema s-ar pune pentru dobândirea unei a doua limbi, atunci ar fi indicat să se studieze modul în care se învaţă o limbă străină de către vorbitorii unei limbi materne. În acest caz, se recomandă să fim atenţi la conversaţia dintre copilul mic şi mama lui. Cei mai mulţi dobândesc competenţe în vorbirea limbii materne în jurul vârstei de 3 ani. Când se consideră că dobândirea limbii materne s-a realizat cu succes, este necesar să studiem toate aspectele pentru a înţelege condiţiile în care are loc dobândirea acestei limbi.

c) profesorii pentru surzi trebuie să aibă cunoştinţe precise în privinţa etapelor parcurse în dobândirea limbajului oral, deoarece vor trebui să recunoască diferenţa dintre un limbaj nedezvoltat şi un limbaj deviant. De aceea, profesorii trebuie să posede şi un set de tehnici de cercetare a limbajului verbal oral pentru a putea face această diferenţă.

Dezvoltarea timpurie a limbajului verbal la copilul auzitor în comparaţie cu cel deficient de auz

Copilul auzitor începe să dobândească limbajul în primele luni de viaţă. În general, toţi copiii parcurg aceleaşi stadii. În primul an de viaţă, copilul nu este gata să rostească cuvinte din limba pe care o aude. La început, apare o comunicare nonverbală ce se desfăşoară între mamă şi copil. Primul tip de comunicare constă în sunete referitoare la disconfortul lui sau la problemele de hrană.

Primele sunete la care mama reacţionează adecvat acţionează mai târziu ca semnale conştiente pentru a dobândi nişte comportamente specifice din exterior. De asemenea, aceste sunete pun în funcţiune organele fonatoare, iar apoi se transformă în vocale şi consoane cu o anumită intonaţie prin care-şi exprimă sentimentele.

Stabilirea contactului vizual cu mama este un moment foarte important pentru stabilirea legăturii afective copil – mamă (adult). Mama se adresează copilului în propoziţii foarte scurte, simple şi cu toate că, la început, copilul nu înţelege conţinutul vorbirii, el reacţionează pozitiv la intonaţia producţiei verbale a mamei. Copilul reacţionează vocalizând. Astfel, începe o mică conversaţie între mamă şi copilul de trei luni. Acum copilul învaţă să dea atenţie vorbirii, el ascultă cum se schimbă sunetele pe care le aude, cum se schimbă ritmul şi intonaţia.

Copilul învață despre vorbire și despre momentele de ascultare în cadrul interacțiunii sociale cu adultul.

În perioada 8 - 20 săptămâni, copilul emite sunete în mod plăcut, gângurit, care au loc în porțiunea posterioară a organelor fonatoare (**c** și **g**). Este un stadiu în care se consideră că orice copil deține un control al mușchilor și organelor fonatoare.

În perioada 16-30 săptămâni, aceste consoane guturale sunt înlocuite cu **b**, **p**, **t** **(stadiul lalațiunii)**. Până la 50 de săptămâni, copilul dezvoltă producții verbale sub forma lalațiunii; el reduplică silabele, copiază mișcările buzelor părinților (produce sunete labiale și velare); îi face plăcere vocea sa și își controlează organele fonatoare și vocea. Copilul începe să producă tot mai multe sunete controlate în regiunea frontală, de asemenea sunete nazale și, fricative. La sfârșitul acestui stadiu apare un număr tot mai mare de sunete, se realizează o alternanță consoană – vocală, uzând de o melodie și un ritm anume, ceea ce semnalizează o dezvoltare normală a copilului.

În jurul vârstei de un an, copilul începe să facă propoziții scurte cu cuvinte din două silabe cu o melodicitate clară și un ritm precizat. Aceste cuvinte se numesc **protocuvinte**. În acest stadiu, copilul produce aceste protocuvinte în care sunetele sunt clare, dar sensul nu există. Mama stimulează copilul pentru a-i antrena mecanismele articulatorii și pentru a-i folosi limbajul intențional și îl ajută stimulându-l auditiv și vizual, oferind un model verbal cu sens încercării lui de a comunica. Adultul ajută copilul să-și aducă propria experiență în conjuncție cu limbajul, rezultând un triunghi de referință între obiect/eveniment, adult și copil.

Când sensul sunetelor și a propozițiilor devine clar, copilul rostește primele cuvinte, dar înțelegerea limbajului verbal începe înainte de aceasta.

Spre sfârșitul primului an copilul produce propoziții formate dintr-un singur cuvânt, **holofraze**. Aceste cuvinte exprimă diferite sensuri, depinzând de situația în care le produce. După aproximativ șapte luni de la producerea holofrazelor, copilul combină aceste cuvinte formulând adevărate propoziții.

Aspecte particulare ce influențează dobândirea limbajului verbal la copilul deficient de auz

Copilul auzitor care își însușește limbajul oral percepe limbajul verbal ce este folosit în jurul lui în mod clar și complet. Efectul acestui fapt este că, pe măsură ce trece prin stadiile dezvoltării limbajului, el are un model clar al limbajului pe care-l însușește în fața ochilor și urechilor sale. Copilul auzitor este capabil să compare propoziția lui cu a unui vorbitor etc. Aceasta îl ajută să înțeleagă pentru sine regulile de folosire a limbajului. El este în măsură să asculte și să înțeleagă limbajul folosit de alții în mod repetat; uneori acest limbaj îi este adresat direct, alteori îl aude întâmplător. Efectul este că începe să învețe și să producă din ce în ce mai mult sunetele și regulile gramaticale.

De exemplu: când aude „să mergem la baie", această idee este auzită în foarte multe contexte și transformată în multe feluri.

Gradul de surditate al unui copil, handicapurile adiționale, situația familială a fiecărui individ determină ca însușirea limbajului verbal oral să fie o problemă dificilă și cu urmări devastatoare uneori asupra personalității copilului cu deficit de auz.

Lipsa modelului verbal, de care ar trebui să beneficieze în permanență, într-o ambianță plăcută stimulatoare, coerentă determină nedezvoltarea limbajului verbal în

general, în primul rând datorită experienţei lingvistice inconsistente, reduse sau inadecvate.

Cunoştiinţele precare ale părinţilor privind utilizarea protezelor auditive şi susţinerea interacţiunii comunicaţionale cu copilul protezat, concepţia greşită a părinţilor potrivit căreia o dată cu proteza auditivă sau implantul cohlear, toate problemele copilului se rezolvă de la sine, necunoaşterea rolului lor şi al specialistului în stimulatrea auzului protezat pentru dezvoltarea comunicării verbale, toate aceste aspecte îndepărtează copilul de la o achiziţionare a comunicării verbale în mod firesc şi de la o dezvoltare armonioasă a proceselor cognitive şi afectiv-voliţionale ale lui.

În această conjunctură, deficienţilor de auz le lipseşte atât experienţa vizuală, cît şi cea auditivă legată de comunicarea verbală, de rolul cuvântului în exprimarea unor conţinuturi ideative.

Capacitatea lor de exprimare va fi restricţionată la folosirea cătorva gesturi ce simbolizează experienţa concret acţională, neputându-se să se despartă de « aici şi acum ».

Caracteristicile principalelor etape de dezvoltare a limbajului oral

Începând de la naştere, copilul plânge, acesta fiind un mod de comunicare, pentru a atrage atenţia la disconfort, foame, durere;

0 - 3 luni - copilul vocalizează, când i se vorbeşte; gângureşte;

0 - 6 luni - copilul se opreşte din plâns, când îi sunt satisfăcute necesităţile şi întoarce capul spre persoana care îi vorbeşte;

0 - 9 luni - faza de lalaţiunea, dar şi începutul unui model de intonaţie asemănător cu cel existent în limbajul verbal normal;

1 an - limbajul fals sau procuvinte ("jargon" limbajul folosit în joaca copilului);
- holofraze - se fixează pe un cuvânt care exprimă o idee complexă;
- începe primul cuvânt, cu aproximaţie;

1 an şi 9 luni - combinare de 2 cuvinte:
- copilul ascultă şi în acelaşi timp se implică în cântecele ritmate;

2 ani - propoziţii din 3 cuvinte;

2 ani şi 6 luni - sistemul vocalic este complet;

3 ani - competenţă în limbaj: propoziţii din 4 cuvinte; se conturează o gramatică de bază; sistemul consonantic este mai mult sau mai puţin complet:
- apar primele semne de folosire a limbajului în mod imaginativ, iar comportamentul începe să fie controlat în mod verbal;

3 ani şi 6 luni - poate să întrebe, dar răspunsul lui nu este bine conturat încă;

4 ani - controlul gramatical este imatur, dar foloseşte structurile gramaticale corect şi pune nenumărate întrebări;

5 ani - este posibil ca anumite consoane laringeale să nu fie încă fixate, dar folosirea limbajului verbal este bine structurată.

Influenţa mediului lingvistic asupra comunicării

Copilul auzitor, crescut în anturaj normal, de adulţi auzitori, este solicitat verbal oral de la cea mai fragedă vârstă. Acestuia i se arată o jucărie şi este solicitat verbal în acelaşi timp; este întrebat "ce este?". De sute de ori este repetat un cuvânt în condiţii

diferite putându-se realiza în mintea copilului legătura dintre cuvânt şi obiectul sau acţiunea respectivă. Articularea aproximativă sau defectuoasă a cuvintelor va fi corectată de adult sau se va corecta spontan prin compararea propriei producţii verbale cu modelele auditive auzite pretutindeni în jurul lui.

Mai târziu, copilul se va folosi de cuvintele şi propoziţiile auzite. Într-o etapă avansată, va cere mai explicit ceea ce doreşte. Iniţial, cererile copilului vor fi numai în prezenţa obiectului solicitat verbal dar mai târziu el va cere anumite obiecte sau va întreba despre persoane chiar în absenţa acestora.

În acelaşi mod învaţă să comunice şi copilul surd, născut în familie de surzi, numai că limbajul folosit este cel al semnelor. De exemplu, părinţii îi arată copilului mâncarea şi vor executa semnul specific, actului respectiv; la fel vor fi arătate şi denumi gestual diferite jucării, obiecte, acţiuni, sentimente. Treptat, copilul asociază semnele elementelor pe care le desemnează şi le utilizează în context adecvat. În timp, va învăţa să comunice închegat, fluent prin gesturi.

De exemplu, dacă mama este plecată şi copilul o caută şi întreabă prin semne, i se răspunde prin acelaşi limbaj.

Semnele utilizate incorect vor fi corectate treptat, aproximativ la fel ca în cazul articulaţiei, iar modalitatea de exprimare gestuală va fi îmbogăţită pe parcurs.

Copilul auzitor, născut în familie de surzi, poate învăţa atât comunicarea mimico-gestuală cât şi comunicarea verbală. Acesta va învăţa oral să vorbească în conformitate cu modelele oferite de rudele sau de către adulţii auzitori.

Învăţând ambele forme de comunicare, copilul va fi bilingv.

Aceşti copii vor avea o dezvoltare psihică normală şi se vor încadra cu uşurinţă în societatea auzitorilor, cât şi a surzilor.

Frecventarea grădiniţei obişnuite şi sprijinul specialistului logoped va reduce din handicapul unui vocabular restrâns şi îi va da posibilitatea înscrierii în şcoli obişnuite.

Copiii surzi ce se nasc şi trăiesc în familii de auzitori în care nici un membru nu cunoaşte limbajul gestual şi nu are experienţă în munca cu surzii au probleme deosebit de serioase.

Copilul va dezvolta o comunicare începând prin a arăta cu mâna obiectele dorite, iar membri familiei îi vor da şi vor denumi jucării sau obiecte pe baza limbajului oral dar inaccesibil deficientului de auz. În acest caz, copilul va lua obiectul şi va fi mulţumit pe moment, dar nu va repeta cuvântul.

În achiziţionarea limbajului, el nu va depăşi stadiul indicării cu mâna a obiectelor prezente în câmpul vizual; nu va poseda nici cuvântul, nici semnul care să înlocuiască obiectul sau acţiunea şi să poată permite simbolizarea şi comunicarea în absenţa obiectului.

Neputând cere ce doreşte, copilul va deveni nervos, va ţipa, va plânge până la epuizare.

În timp, se vor crea anumite posibilităţi de comunicare prin semne între părinţii auzitori şi copiii surzi, însă această comunicare este limitată, foarte săracă şi cu consecinţe negative asupra dezvoltării capacităţii psihice, a personalităţii copilului deficient de auz.

Pentru surzii din familii de auzitori acest fapt constituie punctul critic cu repercusiuni negative în dezvoltarea lor personală pe plan social şi afectiv.

Pentru însuşirea limbajului verbal şi prevenirea handicapului psihic, din cea mai fragedă vârstă copilul trebuie familiarizat cu proteza auditivă şi, de asemenea, cu orice mijloc posibil de comunicare, într-o ambianţă plăcută şi destinsă.

Dar numai printr-o metodă orală de educare şi dezvoltare a limbajului verbal se realizează demutizarea.

Caracteristicile limbajului verbal la deficientul de auz

Se cunoaşte faptul că există un progres perpetuu în ceea ce priveşte dezvoltarea limbajului şi comunicării, pe care un copil auzitor îl are odată cu şcolarizarea şi cu vârsta şi, de asemenea, un progres în folosirea gramaticii limbii.

V. Mare şi **D. Ciumăgeanu** (citaţi de C. Pufan, 1972) au făcut cercetări cuprinzând deficienţi de auz, de vârste diferite; astfel, la clasa I, pe un lot de 22 de elevi cu vârsta cuprinsă între 9-10 ani, au găsit că elevii aveau un vocabular care conţinea 140 de cuvinte; la clasa a II-a, cu 23 de elevi, cu vârsta între 10-11 ani, aceştia dispuneau de un vocabular de 289 de cuvinte; la clasa a IV-a, cu 33 de elevi, de 12-13 ani, aveau 779 cuvinte, volumul vocabularului fiind inferior celui de care dispune un copil auzitor de 3 ani.

Această situaţie impune ca demutizarea să înceapă la o vârstă cât mai mică şi să se folosească metode şi procedee pentru predarea - învăţarea unui număr mare de cuvinte la nivelul şcolii speciale în timp cât mai scurt (în cazul în care copilul nu beneficiază de educaţie precoce în sânul familiei).

Aceleaşi cercetări au pus în evidenţă şi statistici ce se refereau la categoriile morfologice regăsite în vorbirea copiilor deficienti de auz.

Substantivele erau cele mai folosite - 74,8%; ele erau urmate de verbe - 11,5%, de adjective - 9,2%, de adverbe - 3,2% la nivelul claselor I-IV.

La clasa a VIII-a au pus în evidenţă 14,52 de substantive, verbe 31%, adjective 2,1% articole 15%, adverbe 4,13%, prepoziţii 10%, conjuncţii 5%.

Categoriile care înregistrau greşeli gramaticale numeroase erau verbul, urmat de substantiv, în descreştere, în funcţie de nivelul de şcolarizare. O descreştere apare şi la celelalte categorii gramaticale.

I. Stănică (1983), a constatat că pentru ca o noţiune să devină operabilă, să se integreze în vocabularul copilului surd şi acesta să o folosească în exprimarea lui sunt necesare 15 întâlniri cu acea noţiune în contexte diferite. Din practică şi din cercetările efectuate de noi, a reieşit că sunt necesare 20-30 de întâlniri în condiţii diferite şi într-o perioadă de timp limitată, proces care depinde în principal de caracteristicile individuale ale copiilor.

Un lucru interesant, constatat de noi, este că toate cuvintele care interesează copilul pot fi însuşite mai uşor, chiar dacă pronunţia lor este dificilă , de exemplu, numele fratelui, al sorei; motivaţia îl determină pe deficientul de auz să dezvolte o pronunţie selectivă.

Dacă ne raportăm la devoltarea preverbală a copiilor cu surditate preverbală, cu toate contradicţiile ce rezultă din unele cercetări , se pare că gânguritul se dezvoltă aproximativ în aceeaşi perioadă la auzitori ca şi la surzi, alimentând supoziţia caracterului egocentric al limbajului în această fază. Diferenţierea apare ulterior, ca urmare a absenţei imputului auditiv şi a perturbărilor relaţionale dintre copil şi adult.

Astfel, dezvoltarea repertoriului consonantic, de la 6-8 luni, este mai restrânsă la surzi, având tendinţa de a stagna sau chiar e în involuţie, în comparţie cu auzitorii.

Faza de lalaţie este întârziată la bebeluşul surd cu aproximativ 6-10 luni, consoanele velere, iniţial emise, rămân mai mult timp dominante în comparaţie cu auzitorii, dominanţa labialelor stabilindu-se o dată cu puterea de focalizare a atenţiei.

Intervenţia educaţional-recuperatorie timpurie se focalizeaă pe:

- depistarea pierderii de auz şi protezarea precoce ;
- instruirea adultului şi susţinerea acestuia pentru o focalizare a atenţiei copilului pe subiectul conversaţiei şi pentru stimularea comportamentului de orientare;
- dezvoltarea unei interacţiuni comunicaţionale care să ofere feedbak auditiv-verbal şi consistenţă a modelelor verbale;
- susţinerea dezvoltării experienţei lingvistice a copilului protezat auditiv.

Copilul cu deficienţă de auz profundă rămâne un copil cu experienţă lingvistică limitată , cu o gamă restrânsă de priceperi interacţional-conversaţionale şi ca atare cu un nivel mai slab de cunoaştere a posibilităţilor limbii în comparaţie cu copiii auzitori. Numeroase studii , am amintit anterior câteva, au evidenţiat sărăcia vocabularului copiilor şi mai ales a adolescenţilor surzi. Dacă dezvoltarea lingvistică este relativ bine susţinută în timpul şcolii generale de către specialişti prin programele şi activităţile recuperatorii de specialitate, competenţa verbal-articulatorie scade dramatic o dată cu intrarea într-un alt stadiu de educaţie în care accentul se pune pe profesionalizare şi nu pe dezvoltarea lingvistică în special.

Studiile efectuate personal se alătură altor studii care au scos în relief faptul că limbajul expresiv este mult mai restrâns decât cel receptiv, în comparaţie cu al copiilor auzitori; că nivelul atins în dezvoltarea limbajului depinde în primul rând de nivelul deficienţei de auz şi de QI; cu toate că acesti copiii au evoluat într-un mediu oral auralist, producţiile lor gestuale sunt mai numeroase şi mai variate decât cele verbale; lentoarea elaborării ideatice şi exprimarea ei verbală; sărăcia ideilor exprimate şi circumscrierea lor unor contexte situative concrete; absenţa vocabularului abstract; stereotipii în construcţia propoziţională; greşeli variate de ordin gramatical apărute atât în scriere, cât şi în vorbire.

Copiii surzi manifestă dificultăţi în înţelegerea textului citit atât din punct de vedere sintactic, cât şi semantic. Funcţiunile mai evoluate, ca, de exemplu, exprimarea dativului, asocierea unui obiect sau a unei localizări cu o persoană, apar mai târziu în cazul în care copilul este intens instruit sau nu apar deloc.

Din punct de vedere al laturii pragmatice , aceasta depinde de nivelul lingvistic ,în primul rând, şi mai puţin de cel cronologic. Astfel, dacă un copil surd cunoaşte topica conversaţiei, el demonstrează dorinţa de a se implica şi de a-şi aduce contribuţia în acel context comunicaţional. În general, cercetările scot în evidenţă întârziere în dezvoltarea funcţiei pragmatice a limbajului.

Sintaxa şi morfologia sunt aspecte ale limbajului verbal ce sunt, de asemenea, deficitare la surzi. Le este caracteristic faptul că evită să formuleze construcţii complexe; frazele sunt rar întâlnite în exprimarea scrisă, cât şi în cea orală. De cele mai multe ori, în compoziţiile lor lingvistice se întâlnesc forme nedeclinate, neflexionate, neadaptate contextului sintactic. Uneori, compoziţiile lor literare apar sub forma unui amalgam de cuvinte nestructurate în propoziţii sau fraze, cuvinte precedate sau succedate de prepoziţii

sau conjuncții care nu se referă la vreunul dintre ele; virgule, care nu precizează unități semantice. De exemplu, (**Popa, M.**, 2001, pag. 148):

Eu am văzut la moş sa bucurie (Vederea lui Moş Crăciun mi-a adus bucurie).
Eu este la ageră mate (Eu sânt ageră la mate).
Eu acum nădejde noi am fost model (Eu am speranța să devin model).

Se întâlnesc uneori în serie acelaşi tip de rezumat, aceleaşi exemple de propoziții; acestea pot fi considerate reacții spontane de imitație sau de reproducere mecanică, din dorința de a îndeplini sarcina, mai ales în condițiile în care sarcina depăşeste capacitățile intelectiv-cognitive ale copilului deficient de auz.

Dar dacă extrapolăm problematica de la copil la profesor, vom spune că în şcolile speciale din România, învățarea limbii este mai cu seamă o învățare dirijată, formală, realizată în condiții dezavantajoase, în sensul că protezarea şi stimularea potențialului auditiv se realizează aleatoriu ,copii fiind depistați ca având pierderi auditive, tardiv, iar părinții nedispunând de sprijin specializat pentru educația lor timpurie.

Limbajul gestual

Modalitatea de comunicare a surdului, născut în familie de surzi, este limbajul mimico-gestual. Acesta este şi elementul identitar şi unificator al culturii comunității surzilor.

Limbajul gestual este un ansamblu de semne vizuale, realizate cu extremitățile corpului - cap, brațe, mâini, degete, dar şi mişcări ale muşchilor feței - mimica; în unele cazuri chiar a întrgului corp.

Există mai multe limbaje gestuale utilizate în diferite țări. Cu toate că nu există un limbaj gestual unitar pentru toți surzii, totuşi persoane deficiente de auz de diferite naționalități se înțeleg între ele datorită unui fond comun de gesturi şi a echivalenței unora dintre ele. Unul dintre acestea este limbajul gestual american - folosit de peste 70% dintre surzii americani. Limbajele gestuale sunt independente de alte limbaje, având propriul vocabular şi structură gramaticală şi sunt folosite de comunități independente.

Gesturile cu ajutorul mâinilor au patru componente de bază: formă, orientare, poziție şi mişcare, ele încercând să reprezinte noțiuni mai largi decât cuvintele limbajului vorbit.

Forma sau conturul mâinilor este dat de configurația degetelor cu palma. Astfel, se pot realiza atât alfabetul manual- dactilemele, de la a A la Z, cât şi semnele. O literă dactilată este doar un contur al mâinii, nu un semn; diferența este încărcătura de semnificație corespunzătoare fiecărei forme a mâinii. Cuvintele dactilate sunt doar succesiuni ale formelor mâinii, nu semne gestuale. Dactilarea poate reproduce ori ce cuvânt, dar este consumatoare de timp şi mai puțin expresivă în comparație cu semnele gestuale.

Aşezarea şi forma mâinii trebuie prezentate în raport cu capul şi cu pieptul persoanei pentru a-şi preciza semnificația. Unele dicționare mimico-gestuale prezintă doar poziția mâinilor, fapt ce reduce din semnificația semnelor şi produce confuzie.

Mişcarea mâinii este aspectul cel mai dificil de redat în desenele bidimensionale. Arcuirea mâinilor, scuturarea lor, contururile pe care le realizează, toate sunt încărcate de sens şi semnificație şi sunt dificil de redat pe pagina desenată. Dacă mişcarea nu e

corectă, se va schimba semnificaţia gestului. De exemplu, forţa şi amplitudinea mişcării, însoţite de mimica corespunzătoare, evidenţiază o stare afectivă specială, poate e spaimă sau dimpotrivă o mare tristeţe.

Orientarea palmei trebuie să redea sensul pe care dorim să-l comunicăm; o palmă orientată spre interior poate semnifica apropierea, în timp ce una îndreptată spre exterior înseamnă, depărtarea.

Mimico-gesticulaţia este un limbaj veritabil, cu sintaxă, dar fără morfologie; este un limbaj global neverbal cu care surdul se familiarizează de mic din nevoia de a se relaţiona cu cei din jur. Din limbajul mimico-gesticular lipsesc anumite categorii gramaticale: articolul, numeralul, instrumentele gramaticale. Nu există categorii de moduri. Imperativul este expus prin expresia feţei; *idem*, interogaţia şi exclamaţia. Ochii folosesc pentru a arăta persoanele cu care se vorbeşte; se arată pe sine cu degetul. **C. Pufan** (1982) scotea în evidenţă faptul că unul şi acelaşi gest poate îndeplini, la surzi, rolul de substantiv, adjectiv, verb; de exemplu, gestul pentru "scaun" şi pentru "a sta"; este acelaşi. Sintaxa deţine rolul important atât în construcţia propoziţiei cât şi în precizarea ideii; topica exprimă o idee prin gesturi.

Viteza de producere a gesturilor depinde de limitele fiziologice. Mişcările manuale sunt mult mai lente decât mişcările articulatorii şi este nevoie de un timp (aproximativ) dublu pentru gest. Percepţia vizuală este mai puţin precisă decât percepţia auditivă în cazul informaţiei temporale. Limbajul gestual depăşeşte acest obstacol prezentând, frecvent, câteva elemente esenţiale împreună în loc de unul după altul.

Gesturile individuale, având o extindere mai mare din punct de vedere conceptual, au o semnificaţie mai puternică decât cuvintele individuale; de aceea, cuantumul de informaţie este aproximativ acelaşi cu cel al limbajului verbal astfel încât în practică timpul de transfer al aceleiaşi cantităţi de informaţie este relativ egal. Spre deosebire de limbajul verbal, care are şi o formă scrisă, limbajul mimico-gesticular nu are decât o singură formă; totuşi unele ţări tipăresc caiete cu reproduceri picturale de conversaţii prin mimico-gesticulaţie.

Principalele trăsături ale gesturilor derivă din imaginile pe baza cărora au fost construite: concretism, semnificaţie nedefinită (cu ajutorul aceluiaşi gest se pot exprima semnificaţii de tip substantival sau verbal), paralelism mimic (acelaşi obiect sau concept, poate fi exprimat prin diferite gesturi); relative universalitate - se referă la faptul că poate fi folosit cu aproximativ aceeaşi semnificaţie de persoane surde din comunităţi şi ţări diferite.

Gesturile folosite în limbajul gestual, în funcţie de natura lor, pot fi naturale, artificiale şi indicatoare.

În diferitele stadii ale procesului educaţional, gama aceasta se extinde de la gesturile naturale ce sunt legate de obiecte prin însuşirea aspectului acestora, de exemplu, pentru a exprima conceptul casă, se semnalizează acoperişul, executând un unghi ascuţit din împreunarea vârfurilor degetelor celor două mâni la semnele artificiale, de exemplu, pentru a exprima conceptul de „întuneric" se trec mâinile prin faţa ochilor. Semnele artificiale implică o convenţionalitate mai mare. Semnele indicatoare reprezintă actul de indicare a obiectelor care în timpul comunicării se află în câmpul vizual. În afară de cele trei categorii, se mai utilizează semnele evocatoare ce evocă începutul semnului mimic sau al unor cuvinte (fonemul şi litera „u" prin ducerea mâinii la ureche).

Gesturile pot fi împărțite după complexitatea lor în :

- naturale simple: demonstrative, indicative, imitative, descriptive;
- naturale compuse (de exemplu, pentru „cerb” se folosește gestul pentru capră sau țap, ducându-se palma strînsă sub bărbie și apoi cele două mâini, sus la cap, cu degetele răsfirate spre exterior, sugerând coarnele; pentru „țânțar” se foloseau gesturile ce înseamnă zboară și înțeapă; pentru „cireșe”, roșu și aruncarea sâmburelui etc);
- artificiale, prin care sunt desemnate culorile (de exemplu, pentru culoarea „alb” se trece degetul arătător de la dreapta spre stânga prin dreptul buzelor, în timp ce pentru „roșu”, „roșcat”, „roșcovan”, se duce degetul arătător la buze ;
- convenționale, precum gestul pentru „salut” (se duce palma dreaptă cu degetele apropiate, cel mare fiind ușor îndepărtat spre partea laterală a capului îndreptată cu dosul spre exterior).

Există și unele caracteristici non manuale ale limbajului gestual. Privirea, de exemplu, este folosită pentru a indica cu cine sau despre cine vrei să vorbești.

Localizarea comunicării se realizează într-o manieră deosebită; astfel, în comunicarea mimico-gestuală se face uz de spațiul tridimensional, realizându-se adevărate scene în fața ascultătorului. Dacă se dorește să se comunice ceva despre femeia din casa de peste drum , se va face semnul stradă pornind de la corpul nostru înainte , apoi pe cel de casă și în cele din urmă, de femeie.

Trăsături generale ale gândirii și limbajului

Specialiștii în domeniu sunt de acord cu faptul că orice copil cu deficiențe de auz posedă gândire și limbaj, că gândirea lui este obiectuală, se desfășoară în imagini, iar limbajul este preponderent, cel mimico-gestual. Atât gândirea, cât și limbajul se desfășoară în anumite limite impuse atât de posibilitățile restrânse ale imaginii generalizate, cât și de caracteristicile limbajului mimico-gestual. Referindu-se la anumite orientări din istoria psihopedagogiei, C. Pufan (1972) amintește mai multe nume de referință în domeniu. Astfel M. Debesse a căutat să explice unele dintre cauzele limitelor gândirii deficienților de auz, considerând că gândirea surdo-muților este încă foarte primitivă, concretă și senzorial logică; Decio Scuri a arătat că surdo-mutul, pentru a putea să vorbească, trebuie să și gândească; mimico-gesticulația presupune o gândire ce acționează și care pune în mișcare manifestarea propriului „eu” prin gest, ceea ce înseamnă traducerea activității mentale, cu toate că limbajul gesturilor este foarte îndepărtată de cuvânt atât ca valoare socială, cât și ca valoare psihică.

În ambele mijloace de exprimare: gest și cuvânt, gândirea este cea care solicită exteriorizarea activității intelectuale. La surdo-mut, gestul, deși dinamizat de activități exterioare, tinde să alimenteze gândirea, să-și depășească limitele. **Decio Scuri** subliniază legătura gândire – limbaj, susținând că în interacțiunea dintre cele două procese psihice, gândirea ar avea atribuții mai importante.

P. Oleron, citat de același autor, arăta că „savoir faire”, de care dă dovadă copilul surdo-mut, dovedește că dezvoltarea mentală a acestuia nu este o simplă acumulare de experiență care s-ar aduna ca amintirile, ci mai degrabă se realizează însușirea anumitor moduri de mișcare care sunt mai mult sau mai puțin generale. De aceea, surdo-muții știu

mai mult să facă decât să înţeleagă ceea ce percep. **G. Fereri** era de părere că intelectul copilului surdo-mut ar fi cu precădere pasiv şi receptivist, nereuşind să depăşească stadiul elementar al cunoaşterii şi nedispunând de alte operaţii decât cele de clasificare.

Un număr mare de specialişti au afirmat că posibilităţile intelectuale ale surdului neinstruit nu se opresc la nivelul receptiv, deşi posibilităţile de conceptualizare ale acestuia sunt limitate în comparaţie cu ale auzitorului, acestea nu trebuie negate, pentru că există într-o formă rudimentară.

Surdo-muţii posedă gândire şi oricine are o oarecare practică cu aceşti copii poate constata că ei reuşesc să formuleze idei, judecăţi şi raţionamente încă înainte de a-şi însuşi vorbirea prin intermediul instrucţiei şcolare.

S. Maisonny arăta că aptitudinea de a raţiona cu ajutorul procedeelor uzuale de comparaţie, inducţie, deducţie poate funcţiona chiar în absenţa totală a limbajului verbal.

Şi **M. Scala** a adus argumente în favoarea prezenţei unei ideaţii conceptuale elementare la surdo-mutul neinstruit arătând că ideaţia acestor copii se aseamănă cu cea a multor auzitori ce sunt rămaşi în stadiu de inerţie intelectuală.

C. Pufan menţiona că mimico-gesticulaţia este un mijloc de comunicare specific uman, un limbaj ce oferă posibilităţi de a opera nu numai cu experienţa personală, dar şi cu cea istoric-socială. Acesta implică o oarecare convenţionalitate, permiţând dezvoltarea unei gândiri de tip uman, la un nivel de conceptualizare mai scăzut decât cel posibil pe baza cuvintelor şi gândirii noţional-verbale.

Planul intelectual nu este absent la copilul surdo-mut pentru că un copil de vârstă şcolară, prin activitatea şi comportarea sa, dispune de gândire anticipativă şi proiectivă.

Gândirea surdo-mutului se foloseşte de imagini ale obiectelor şi fenomenelor, iar conţinutul acestei gândiri este exprimat prin intermediul mimico-gesticulaţiei. Gândirea lor are un conţinut concret şi de aceea neevoluat. Abstracţiunile sunt foarte puţin accesibile acestei forme de gândire, ele devenind, treptat, accesibile în procesul gândirii noţional-verbale ce evoluează odată cu demutizarea.

Principalele forme de gândire şi operaţii logice, ce se întâlnesc la auzitori, sunt prezente şi la surdo-muţi, dar la aceştia au o dezvoltare mai restrânsă, mai puţin evoluată din cauza îngrădirilor pe care le impune însăşi imaginea. Nu se poate pune însă semnul egal între dezvoltarea psihică a deficientului de auz şi cea a debilului mintal, pentru că limitele gândirii deficientului de auz nu sunt datorate oligofreniei, ci absenţei folosirii cuvintelor ca mijloc de comunicare şi instrument al gândirii. Întreaga comportare a surdului argumentează în favoarea considerării lui ca persoană care în funcţie de nivelul de experienţă de viaţă acumulată posedă o viaţă intelectuală adesea evoluată, dar diferenţiată ca posibilităţi de cea a persoanelor care dispun de limbajul cuvintelor.

Deşi în limbajul surdo-muţilor există unele gesturi pe care le întâlnim în comunicarea unor populaţii primitive, aceste gesturi exprimă semnificaţii la diverse niveluri ale cunoaşterii şi conceptualizării în funcţie de condiţiile social-istorice în care trăiesc cei care le folosesc. Urmărind felul în care se manifestă la surdomuţi modul cum este însuşită o categorie de obiecte similare, putem obţine variantele conceptualizării imaginii generalizate în numeroase exemplare, de exemplu, conceptul de mimico-gesticulaţie, cuvinte etc. Se remarcă unele elemente schiţate disproporţional atât unele faţă de altele, cât şi pe ansamblu. Ceea ce prinde un contur mai colorat l-a impresionat pe copil mai mult, iar acesta reprezintă relaţia între cognitiv şi afectiv. Componenta vizuală

este de obicei mai activă în cadrul spiritului de observaţie şi îşi pune amprenta asupra formării imaginii generalizate. Imaginea generalizată mai dispune de posibilitatea de a se deschide în judecăţi şi raţionamente, care devin condiţii pentru restructurarea şi îmbogăţirea imaginii generalizate, apoi pentru noţiuni exprimate verbal. La permanenta restructurare a imaginii generalizate contribuie cuvintele pe care le învaţă deficientul de auz şi noile imagini de care ia cunoştinţă în perioada de demutizare. La auzitor, generalizarea se menţine un timp foarte scurt numai la nivelul caracteristicilor imaginii, căci imaginea primeşte învelişul convenţional verbal (cuvânt) ce permite lărgirea continuă a sferei noţiunii şi îmbogăţirea nelimitată a conţinutului său.

La surdo-muţi, generalizarea, ca şi celelalte operaţii logice, continuă la nivelul imaginii până când cuvântul va deveni principalul factor de comunicare şi dinamizare a gândirii. Gândirea în imagini nu este lipsită de unele dintre formele elementare ale raţionamentului inductiv, deductiv şi prin analogie. Procesul de gândire şi operaţiile logice ale surdo-mutului nu se formează în etape diferite, ci simultan pe baza aceluiaşi material reflectoriu şi pe baza unor cunoştinţe predominant senzoriale.

Gândirea deficientului de auz nedemutizat permite foarte puţin evoluţia calităţilor acesteia ce se realizează la auzitor prin mijlocirea cuvântului şi anume: caracterul critic, discernământul, supleţea, rapiditatea, profunzimea. Această situaţie este consecinţa şablonismului, simplismului, inerţiei şi a altor trăsături calitative negative ale gândirii care la aceştia sunt mai evidente şi găsesc un climat mai prielnic de dezvoltare decât la auzitori. Prin specificul său, imaginea generalizată nu este adecvată pentru a îndeplini toate atribuţiile pe care le îndeplineşte în gândire, noţiunea bazată pe cuvânt. De aceea, ea este un analog al noţiunii, dar nu un echivalent total; fiind strâns legată de concret şi operând cu caracteristici ale acestuia, imaginea generalizată este mai adecvată pentru a reda mai concret conţinuturi empirice şi senzoriale ale reflectării; ea dispune de caracteristici obiectuale asigurate de reprezentările despre obiecte şi fenomene. De aceea, la nivelul imaginii generalizate posibilităţile abstractizării şi generalizării sunt mărginite.

Datorită naturii sale intuitive, imaginea generalizată reuşeşte să asigure reflectarea la nivel inferior şi nu poate stimula intens dezvoltarea gândirii.

Când se începe demutizarea sistematică şi transmiterea de cunoştinţe pe bază de cuvinte, se are în vedere transmiterea şi prezentarea echivalentelor convenţionale verbale pentru gesturi şi în mod deosebit formarea şi dezvoltarea comunicării verbale.

În gândire, **cuvântul** va deservi, la început, o singură imagine concretă, el îndeplinind un rol analog numelui propriu; în această perioadă nu este uşor pentru surdo-mut să se convingă că alt obiect identic ca liniatură, culoare se numeşte, de exemplu, tot aşa - „caiet"; trăsăturile secundare nefiind recepţionate şi interpretate creează dificultăţi pentru identificarea trăsăturilor principale. Treptat, acest nume propriu devine nume comun pentru toate obiectele ce sunt asemănătoare, îndeplinesc acelaşi rol şi au aceeaşi funcţionalitate. Abia atunci cuvântul poate deservi, în aceeaşi măsură, atât imaginea concretă, cât şi pe cea generalizată. În cele din urmă, el va denumi noţiune, căci imaginea generalizată prin restructurări, se va transforma în noţiune. Trecerea de la gândirea în imagini la gândirea noţional-verbală, la deficientul de auz, este condiţionată de specificul celor două forme de gândire şi limbaj. Prin varietatea şi complexitatea lor, limbajul mimico-gesticular şi cel verbal au oferit o multitudine de teme de studiu pentru cercetători. Astfel, prezintă importanţă atât teoretică, cât şi aplicativă faptul că există

numeroase posibilităţi de influenţare a procesului de trecere de la limbajul mimico-gesticular la cel verbal.

Practica psihopedagogică a demonstrat existenţa unor faze ale dezvoltării limbajului verbal ce au putut fi urmărite prin studierea evoluţiei naraţiunii la deficientul de auz în curs de demutizare.

C. Pufan (1970) a observat existenţa a patru faze mai importante în procesul de dezvoltare şi interiorizare a limbajului verbal.

1. Faza incipientă a demutizării poartă numele de fază enumerativ – nesistematizată; în această fază producţia verbală, sub raport scris, are un aspect dezorganizat din punct de vedere al conţinutului; se recurge la o înlănţuire de cuvinte a căror prezenţă este justificată doar în parte de temă, cele mai multe fiind menţionate la întâmplare sau neinteligibile. Exemplu (Popa, M., 2001, pag. 143):

„caldă, frig, acasă, pomii, soarele,afară, joacă" (A. G.., clasa a VIII-a).

2. În faza enumerativ - elementar - narativă au loc evidente începuturi de sistematizare a folosirii cuvintelor; copilul respectă o anume succesiune a evenimentelor, un criteriu logic de nivel elementar. Acum se manifestă tendinţa de a folosi şabloane verbale care imprimă o stereotipie a exprimării lui. Exemplu:

„Anotimpul primăvara este soare. Mama este ţărani. Primăvara este frumos". (M.M., clasa a VIII-a).

3. Faza enumerativ narativă se caracterizează prin folosirea de scurte propoziţii şi fraze dintre care unele sunt întocmite complet şi corect, altele fragmentar, deficitar. Elevii scriu propoziţiile unele sub altele şi de aceea multe lucrări au o sistematizare de tipul versificării. Stereotipia exprimării persistă şi la acest nivel mai ridicat, recurgându-se la un şablon al formulării care apare ca factor comun pentru propoziţiile din tema tratată. Exemplu: *A sosesc anotimpul primăvara este soare şi cald ,pomi au muguri, floarea, oamenii se bucură pentru s-a topit zăpada, bărbaţi sapă.* (A.I. clasa a VIII-a).

4. Faza narativ - expresivă este faza cea mai evoluată. Expresivitatea fiind o caracteristică a limbajului oral ce se reflectă însă şi în limbajul scris. În această fază, se observă o coerenţă în propoziţii şi fraze; în general, formele logice şi gramaticale se folosesc corect; greşelile de exprimare verbală (orală şi în scrisă) se pot elimina treptat; greşelile din scriere se elimină mai repede decât cele din vorbire; atunci când redau un text în scris copiii au tendinţa de a versifica (încep mereu propoziţiile de la capătul rândului); treptat, se renunţă la versificaţie şi se adoptă forma narativă curentă.

Din păcate, deficientul de auz nu parcurge în mod liniar şi ascendent aceste faze de dezvoltare şi interiorizare ale limbajului verbal. În urma unor studii personale (**Popa** 2001), am constatat că atât la nivelul claselor a VIII-a a şcolii speciale, cât şi la nivelul şcolii profesionale dintr-o clasă, formată din zece, doisprezece deficienţi, doar doi sau trei atingeau faza narativ-expresivă, restul rămânând sau mai bine spus nereuşind să depăşească faza enumerativ elementar-narativă sau enumerativ-narativă.

Chiar şi când au atins această fază, copii recurg des la folosirea semnelor mimico-gesticulare. În vorbirea orală a acestora, semnul mimico-gestual însoţeşte cuvintele exprimate pentru că dispunând de două modalităţi de comunicare au tendinţa să substituie cuvintele care nu s-au consolidat suficient. În acest context, unele dintre omisiunile din lucrările scrise pot fi considerate ca neconcretizări verbale ale gesturilor.

Există anumite aspecte speciale morfo-sintactice ale limbajului mimico-gesticular prin analogie cu limbajul verbal: de exemplu, unul şi acelaşi semn poate îndeplini rolul de: substantiv, adjectiv, verb sau alte părţi de vorbire. Aceste aspecte influenţează scrierea deficientului de auz, mai ales când se află într-o fază primară de demutizare.
Se poate constata că limbajul mimico-gesticular nu poate să posede un număr atât de variat de aspecte cum găsim în limbajul verbal.

Această trecere de la gândirea în imagini la gândirea noţional-verbală presupune transformări şi implicaţii cantitative, dar mai ales calitative ce se formează şi evoluează în strânsă legătură cu imaginile concrete, multiple şi generalizate, cu judecăţile şi raţionamentele.
În absenţa unei bogate experienţe de viaţă şi a insuficientei stimulări a gândirii, trăsăturile concrete şi negative ale gândirii găsesc condiţii prielnice de dezvoltare. Ele implică un ritm mai lent de evoluţie a gândirii, marcând persoana surdă nedemutizată printr-o conduită specifică în comparaţie cu auzitorul.

Sunt specifice pentru această situaţie caracteristici ale gândirii, precum:

a. **concretismul** sau **situativitatea** se datorează faptului că gândirea surdo-mutului primeşte o condiţionare specială din partea treptei senzoriale a cunoaşterii, a imaginii concrete, multiple şi generalizate ce imprimă trăsături intuitive însăşi judecăţii şi raţionamentului; toată gândirea capătă un caracter concret; gândirea nu depinde de abstracţiuni specifice noţiunii.
b. **şablonismul** este tendinţa de a folosi aceleaşi scheme operaţionale atât în împrejurări asemănătoare, cât şi diferite; el se foloseşte de multe semne mimico-gesticulare invariabile, iar în timpul procesului de demutizare se foloseşte de cuvinte şablon, neflexionate, chiar în situaţii în care contextul necesită flexionarea lor; şablonismul operaţional este susţinut de caracteristicile limbajului mimico-gesticular şi al gândirii în imagini.
c. **simplismul** se referă la gândirea în imagini; aceasta, comparată cu cea noţional verbală a persoanelor de aceeaşi vârstă, se dovedeşte a fi mai simplă având un conţinut elementar, insuficient evoluat; operaţiile logice ale deficienţilor de auz nedemutizaţi şi needucaţi operează cu scheme simple şi deficitare, ei având tendinţa de a opera cu schemele logice ale unui număr limitat de judecăţi; au, de asemenea, tendinţa de a folosi raţionamentul inductiv pe baza inducţiei de enumerare, iar raţionamentul deductiv, în mod deosebit analogia, este folosită fără ca la baza acesteia să stea o suficientă fundamentare logică.
d. **îngustimea** se referă la convingerile ce se formează pe baza unui număr limitat de fapte, ceea ce creează posibilităţi pentru înţelegerea denaturată sau pentru formarea unui profil moral neadecvat, mai ales în cazul unor surdo-muţi total sau parţial demutizaţi.

O limitare psihică influenţează negativ caracterul critic al gândirii, el dovedind puţin discernământ în adoptarea unor iniţiative sau hotărâri. În acelaşi sens, ei îşi pot forma convingeri neîntemeiate ce sunt foarte greu schimbate; manifestă capricii şi încăpăţânare şi sunt puţin receptivi la îndrumările ce contrazic convingerile lor.

e) **inerţia** se poate constata în situaţii conflictuale sau în situaţii de învăţare de noi cunoştinţe. Surdo-muţii se debarasează cu greu de procedeele folosite anterior. Datorită inerţiei gândirii, evoluţia gândirii surdo-mutului are un ritm lent, iar modificarea structurii logice necesită efort şi perseverenţă din partea personalului.

Aceste caracteristici pot fi înlăturate sub influenţa procesului instructiv-educativ al demutizării, al socializării.

J. Piaget (citat de **C. Pufan**, 1972) aprecia gândirea surdo-mutului ca fiind lipsită de necesitatea logică şi implicaţiile reale, mai aproape de acţiune şi constă din operaţii manuale imaginate mental şi care se succed ca etapele acţiunii fără conexiuni între ele.

Raţionamentul la început nu este nici deductiv şi nici inductiv şi constă din „experienţe mentale" ireversibile.

Prin condiţionarea ocazională sau permanentă ce vine din partea activităţii desfăşurate de către persoanele ce trăiesc în acest mediu social, a participării la viaţa şi la preocupările mediului respectiv, a comunicării gestuale şi acţionale cu persoanele auzitoare, a variabilităţii condiţiilor în care acţionează, se dezvoltă aspectele figurative şi operative ale gândirii.

Principalele forme ale gândirii surdo-mutului dezvoltă unele trăsături specifice.

Imagine generalizată, îndeplineşte principalele funcţii logice ale noţiunii şi anume: oglindirea generalului sau a particularului. Are conţinut concret bogat şi sferă limitată; este asociată semnului mimico-gesticular în calitate de semnificaţie a acestuia; frânează evoluţia gândirii spre aspecte din ce în ce mai perfecţionate, rechemând-o, în permanenţă, spre operaţiile caracteristice nivelului treptei senzoriale a cunoaşterii, specifice umane.

Imaginea generalizată este categoria logică de bază a gândirii concrete specific umane.

Judecata şi raţionamentul dispun de scheme operaţionale care se amplifică şi se perfecţionează în funcţie de etapele pe care le parcurge gândirea şi limbajul ca procese:

- etape premergătoare demutizării, în care gândirea şi limbajul se realizează pe bază de imagine;
- la începutul demutizării, gândirea se realizează, în ansamblu pe bază de imagini şi parţial pe cuvinte;
- în demutizarea avansată, gândirea şi limbajul se desfăşoară pe bază de cuvinte şi parţial pe imagini;
- în demutizarea avansată înfăptuită, gândirea şi limbajul au aceleaşi caracteristici de realizare ca ale auzitorului.

Schemele logice simple incomplete, datorită reductibilităţii situative şi polisemantismului imaginilor, sunt caracteristice deficienţilor de auz nedemutizaţi.

Judecăţile afirmative şi negative se formează printre primele, exprimând conţinuturi descriptive sau apreciatoare prin limbaj mimico-gesticular şi abreviat – *„Maşina este frumoasă"*.

Judecăţi individuale au nivel de informaţie puţin evoluat şi sunt caracteristice surdo-mutului preşcolar – „Băiatul cu cămaşa roşie scrie".

Judecăţi condiţionale la surd vor fi simplificate.

De exemplu, fraza: *„Dacă fereastra este deschisă în timpul iernii, vine frigul în cameră"* se va simplifica astfel: „fereastră deschisă – frig".

Judecățile condiționate sunt reduse prin exprimarea mimico-gesticulară, riscând să fie denaturate.

Judecățile particulare și generale sunt insuficient delimitate între ele și se pot substitui unele cu altele.

„Pisica prinde șoareci" (judecată generală) poate să desemneze de cele mai multe ori una particulară.

„Pisica neagră prinde șoareci" (judecată particulară).

Judecățile disjunctive nu dispun de condițiile de evoluție la acest nivel al gândirii.

Judecățile de posibilitate au schemă deficitară. De exemplu: *„Probabil că mâine merg la film"* se reduce la *„Mâine film"*.

Judecățile de necesitate nu dispun de condiții suficiente pentru formare și evoluție.

Raționamentul are aceleași forme ca și la auzitor.

Raționamentul inductiv dispune de acțiune incompletă și stabilește concluzii pe baza unui număr mic de fapte care nu epuizează întreaga clasă. Frecvent, are loc o reducție simplă de tip enumerativ.

Astfel, se creează condiții pentru obținerea unor concluzii prea puțin întemeiate, adesea false. De asemenea, se pot atribui caracteristici cauzale unor fapte care doar în mod întâmplător le-au precedat pe altele.

Raționamentul deductiv este deficitar prin schemă, cât și prin conținut.

Cel mai frecvent este silogismul, **entimema** ce este un raționament deductiv prescurtat din care au fost eliminate fie premiza generală, fie cea particulară sau concluzia.

Raționamentul prin analogie deține o frecvență mai mare decât cel inductiv sau deductiv.

De cele mai multe ori, este superficial având o eficiență mică pentru gândire.

Alături de judecăți adevărate și judecăți neadevărate, alături de analogii corecte stau și altele incorecte, gândirea surdo-mutului este capabilă de a opera cu predilecție cu raționamente simple, incomplete, imperfecte. În procesul demutizării, se realizează treptat trecerea spre forme din ce în ce mai complexe și perfecționate. Tot acum se structurează la un alt nivel raționamentul - verbal, algoritmii de lucru, de control și de recunoaștere.

Rolul întrebărilor în dezvoltarea gândirii este unanim recunoscut.

Gesturile interogative dețin un loc important de la început și au rolul de a stimula realizarea cunoașterii și comunicării.

Profesorul poate să orienteze atenția și să îndrume gândirea deficientului de auz uzând de întrebări.

Întrebările elevului constituie un indice al mobilizării propriilor capacități și un instrument de integrare în activitate; se pot aprecia și interesele de cunoaștere, opțiunile, aspirațiile în funcție de întrebările pe care le pune copilul.

Există întrebări închise și întrebări deschise. Pentru stimularea comunicării, este necesar să fie încurajate întrebările deschise care incită copilul la a-și exprima opiniile, trăirile, experiența personală.

Caracteristicile limbajului interior la deficienţii de auz

Limbajul interior este echivalent cu gândirea operaţională. Limbajul exterior asigură comunicarea, iar limbajul interior realizează procesul intim al gândirii nu numai când persoana verbalizează, ci în orice moment conştient. **C. Pufan** (1982) afirma că un surdo-mut are un limbaj exterior cu predominanţă vizuală ca rezultat al experienţei sale, iar pe măsură ce va dobândi limbajul verbal, acesta va lua caracteristicile pe care le ia în trecerea de la limbajul mimico-gesticular la cel verbal. În înţelegerea acestui fenomen s-a luat ca model problema limbajului interior verbal al auzitorilor.

Limbajul interior la auzitor are un caracter nesonor, este prescurtat, derivă din vorbirea exterioară, iar procesualitatea limbajului interior, precum şi schimbarea lui, sunt dependente de trecerea în limbajul exterior. În limbajul interior, propoziţiile şi frazele sunt prescurtate, componentele lor sunt schematizate (sunt omise sufixele, prefixele, grupurile consonantice). Pentru formularea unui conţinut al gândirii, limbajul interior verbal se foloseşte de rădăcinile cuvintelor, mai mult.

Limbajul interior verbal este derivat din vorbirea exterioară şi evoluează în strânsă legătură cu limbajul exterior pe baza limbii utilizate în mediul social înconjurător. Asupra limbajului interior se acţionează prin limbajul exterior. Se apreciază că există asemănări între constituirea limbajului interior la surdo-muţi şi la auzitor. Dar există şi deosebiri determinate de specificul limbii şi gândirii surdo-muţilor. În esenţă, materialul cu care operează limbajul interior este de aceeaşi natură cu cel exterior. În cazul surdo-muţilor, mimico-gesticulaţia şi limbajul interior vor opera cu imagini (cu particularităţile şi simbolurile generate de aceeaşi imagine). Mimico-gesticulaţia şi limbajul interior sunt indispensabile în formarea şi operarea gândirii cu conţinutul în imagini.

Procesul de formare a limbajului interior, bazat pe cuvinte la surdo-muţi, se realizează odată cu renunţarea treptată la limbajul gesticular şi cu restructurarea formelor gândirii în imagini. Acest proces se realizează odată cu demutizarea. Există câteva etape ale dezvoltării gândirii şi limbajului, pe care le-am enumerat anterior.

Etapa întâi

În funcţie de etapa în care se realizează demutizarea, se poate ca etapa întâi să fie depăşită.

Surdo-muţii din naştere şi asurziţii, până la demutizare parţială, se dezvoltă în limitele gândirii concret-situaţionale şi limbajului mimico-gesticular. Limbajul lor interior dispune de multe elemente ce intră în componenţa mimico-gesticulaţiei. În calitate de limbaj exterior, mimico-gesticulaţia contribuie la introducerea unor elemente noi în limbajul interior. Cele două forme de exprimare evoluează în funcţie de conţinutul de gândire care este determinat de relaţiile concrete ale obiectului perceput senzorial şi de nivelul cunoştinţelor şi experienţei de ansamblu a persoanei.

Pe măsură ce evoluează, se schematizează şi mimico-gesticulaţia aşa încât la tinerii şi adulţii surdo-muţi, ca urmare a abstractizării şi generalizării semnelor, în limbajul intern au loc importante transformări.

Limbajul interior se simplifică şi se sintetizează, ajungând la forme mai cuprinzătoare. Astfel, la nivelul gândirii, bazată pe limbajul interior, unele imagini ajung să fie omise, iar altele să fie mai cuprinzătoare. Simplificarea şi sistematizarea limbajului interior este un sprijin important pentru gândirea în imagini a surdo-muţilor. Sintetizând

caracteristicile limbajului interior în această etapă în care gândirea se bazează sau se realizează în imagini, limbajul interior are următoarele caracteristici: reductibilitate situativă; polisemantism; predominarea specific vizuală a imaginii.

Etapa a doua

Odată cu folosirea primelor simboluri verbale, surdo-mutul intră în etapa a doua. Se produc modificări specifice demutizării. Cuvintele învățate, care acționează numai în prezența imaginii, nu au ajuns să dețină un rol important. Asociația cuvânt-imagine se rezumă la recunoaşterea globală, nediferențiată, a obiectelor. Denumirea verbală străbate mai multe variante, de la stadiul de stimul excitant indiferent până la cel al cuvântului folosit de auzitor. În acest proces, se produce o preluare lentă a experienței senzorial-logice de către cuvânt, iar în anumite situații se recurge la tipul precedent de comunicare; aceste situații având loc datorită caracteristicilor limbajului interior şi datorită faptului că limbajul interior își continuă influența negativă asupra demutizării din etapele 2 şi 3.

În limbajul interior, nu participă toate imaginile ce ajută la formarea unei idei sau la rezolvarea unei probleme. Cuvântul nu-şi găseşte şi nu-şi îndeplineşte rolul său firesc.

Pentru a veni în ajutorul surdo-muților, va trebui să apelăm la imaginea concretă şi mai puțin la cea generalizată. Când ne referim la un cuvânt nou trebuie să descompună, imaginile generalizate în imagini individualizate de tip concret şi apoi să le sintetizeze.

Înțelegerea şi folosirea, în exprimare, a cuvintelor presupune anumite transferuri şi la nivelul limbajului său interior. Devine necesară crearea unei mobilități care să asigure revenirea limbajului interior în imagini de la un stadiu în care predomină sinteza la unul în care predomină analiza.

Etapa a treia este specifică copiilor deficienți de auz de 10-15 ani, cu o demutizare avansată. Aceştia îmbină gândirea noțional-verbală cu cea în imagini, iar în comunicare folosesc mimico-gesticulația în mod parțial. În această fază, cuvintele îi ajută la însuşirea şi acumularea de noi cuvinte, la formarea unor noțiuni cu suport verbal, bazate pe integratorii verbali cu rol activ în gândire şi la sistematizare pe baza exigenței simbolisticii verbale a experienței însuşite anterior. În această nouă situație, limbajul interior se caracterizează prin faptul că asigură principalele restructurări la nivelul gândirii cerute de cuvânt. Limbajul interior, dispunând de rolul activ al componentei verbale, trece treptat spre o fază sintetică. Această fază este net superioară celor precedente, pentru că acum cuvântul dobândeşte posibilități de a-şi exercita funcționalitatea antrenând în activitatea sa nu numai imagini izolate, ci şi ansambluri. Un fenomen specific surdului, datorită stereotipiilor verbale, este faptul că multă vreme, fostul surdo-mut, gândeşte totuşi în imagini, iar la nivelul limbajului interior traduce în cuvinte rezultatele acestei gândiri pe care le exprimă în limbaj exterior oral şi scris.

Această perioadă de traducere poate fi prelungită destul de mult, în funcție de intensitatea comunicării verbale, iar lipsa continuității în comunicarea verbală nu atrage după sine abandonarea stereotipiilor tipice, structurate în imagini, deoarece cuvântului nu i se oferă în lipsa comunicării verbale condițiile indispensabile pentru a deveni instrument al gândirii şi mijloc de comunicare.

În etapa a patra se atinge scopul final al demutizării. Transformările în această etapă, la nivelul limbajului interior, imaginea şi caracteristica ei simbolizatoare, vor avea

un rol decisiv în realizarea gândirii noțional-verbale, iar transformările ce au loc în gândirea și limbajul surdo-muților, pe parcursul celor patru faze, duc la realizarea gândirii și limbajului la nivelul interacțiunii normale în sistemul de semnalizare, asemănător cu modul în care ele există la auzitor. Prin demutizare, se ajunge in situația in care cuvântul să dobândească în limbajul interior același rol și funcționalitate de care dispun persoanele auzitoare. La nivelul surdo-vorbitorului, cuvintele nu-și vor mai păstra integritatea structurală, ci vor dobândi aspecte simplificate de îndată ce vor participa nemijlocit în procesul gândirii, având rol de înveliș verbal al noțiunii, judecății și raționamentului. Acest proces se desfășoară pe o anumită perioadă de timp în prezența unui număr mic de cuvinte. Limbajul intern-verbal al surdo-mutului va păstra integritatea vizual-verbală a cuvintelor, și la acest nivel al învățării nu pot fi înlăturate sufixele, prefixele etc., pentru că ar deforma cuvintele și s-ar crea dificultăți pentru recunoașterea structurilor concrete ale limbajului exterior. Aceste tipuri de schematizări ale limbajului interior intervin, treptat, prin însăși evoluția firească a limbajului interior, pe măsură ce se automatizează pronunția și scrierea și se constituie astfel sistemul de comunicare verbal. Trecerea de la limbajul interior în imagini la limbajul interior verbal presupune organizarea unei îndelungate acțiuni de formare și consolidare a sistemului verbal de comunicare în ansamblul său, iar în condițiile școlarizării, aceste acțiuni coincid cu etapele demutizării. Un rol important în formarea și consolidarea limbajului interior verbal îl deține stimularea pentru a citi cât mai mult, folosindu-se orice tip de literatură. Cititul constituie un exercițiu pentru stimularea operativității, pentru transformarea unei forme de limbaj în alta, iar pronunția, scrierea și citirea asigură o arie vastă pentru exercițiu.

Trăsături psiho-fizice specifice la deficientul de auz

Ereditatea, mediul social și mai ales educația direcționează și condiționează dezvoltarea psiho-fizică și formația culturală a oricăror persoane și, inclusiv, a celor cu disfuncții senzoriale. Educația timpurie, atunci când se realizează sub toate aspectele ei, poate preîntâmpina consecințele negative ce pot exista în dezvoltarea fizică și psihică a deficienților de auz, poate depăși unele consecințe ce decurg din nedezvoltarea limbajului verbal la deficienții de auz.

În ceea ce privește **dezvoltarea fizică,** există unele opinii ce arată că, deficienții de auz manifestă anumite tulburări de motricitate, echilibru și că ar fi mai debili fizic decât auzitorii. Unul dintre cercetători, **A.I. Diacicov**, a combătut părerile medicilor care puneau într-o lumină tendențioasă aceste aspecte și a afirmat că în măsura în care există de timpuriu o paletă variată de procedee medicale și educative, de care să beneficieze deficientul de auz, există posibilitatea ca unele consecințe ale tulburărilor de dezvoltare, datorate patologiei auditive, să fie înlăturate.

Dacă există anumite tulburări ale dezvoltării fizice la copilul surd, ele s-ar datora, în primului rând, faptului că el nu este suficient antrenat sau primește o hrană necorespunzătoare, sau datorită izolării de micro sau macrogrupul social.

Trebuie menționate totuși ușoare deficiențe de coordonare, echilibru static mai slab, indici scăzuți de rezistență la efort, mai ales la cel de durată, de asemenea unii indici scăzuți ai capacității respiratorii. Cercetări, în acest sens, a făcut și cercetătorul român **D. Moțet** (citat de **I. Stănică** și Popa, M., 1994) care a scos în evidență faptul că aceste tulburări sunt remediate în procedeul educațional. Unele tulburări persistă mai ales la

copiii cu deficienţe asociate pentru că aceeaşi cauză care a lezat aparatul auditiv, a lezat şi sistemul nervos.

Ewing şi **Herren** (1974) au sesizat întârzieri în domeniul motor, postural şi chiar afectiv, dar testele sau chestionarele pe care le foloseau cereau răspunsuri mai ales verbale, ceea ce determina greutăţi în analizarea capacităţii psihice. Ei spuneau că surzii fac primii paşi mai târziu decât auzitorii, datorită lipsei de stimulare verbală şi auditivă. În general surzii au aparatul vestibular distrus, de aceea, dacă plonjează în apă adâncă nu au simţul orientării spre suprafaţă şi s-ar putea îneca.

Cercetări cu privire la particularităţile psihice la surzi au fost făcute de **S. Borel Maisonny, P. Olleron, D. Scuri, Meiklebust, I. R. şi A.W. Ewing, K. Levine, C. Pufan, I. Stănică, M. Popa**. În această privinţă, există două **curente de opinii**. Un curent susţine faptul că structurile psihice ale deficientului de auz nu au o dezvoltare specifică, ci sunt retardate până când surzii îşi vor însuşi limba şi un alt curent de opinie susţine că structurile psihice prezintă o dezvoltare specifică, datorită particularităţilor instrumentelor operaţionale ale gândirii determinate de prezenţa limbajului gestual, specificitate ce s-ar menţine pe tot parcursul vieţii.

Etapele de început ale cercetărilor asupra deficientului de auz sunt marcate de cercetările efectuate de **Pinter** şi **Patteron**. Aplicând anumite teste de inteligenţă surzilor şi auzitorilor, cercetătorii **Paterson** şi **Pinter** (1923) au obţinut o primă baterie individuală neverbală pentru folosirea de către surzi. **Pinter**, considerat „părintele psihologiei surzilor", a constatat că surzii erau cu doi ani retardaţi mintal faţă de auzitori şi cu trei ani retardaţi educaţional faţă de aceştia. Diferenţa de doi ani se datora deficienţei ce a cauzat surditatea şi a afectat sistemul nervos central, cea care a pus pecetea (surzi şi cu handicap mintal), iar cei trei ani de retard educaţional, se datorau nedezvoltării limbajului verbal şi imposibilităţii de accesare informaţională, datorată tot pierderii de auz.

Un alt cercetător, **Blayer** (1957), realizând un studiu pe 53 de copii surzi, luând în considerare sexul, vârsta, statutul social şi economic, a diferenţiat QI-ul copiilor auzitori faţă de cel al surzilor, testându-i cu testul de inteligenţă Chicago. Acesta cuprinde zece subteste ce se referă la: posibilitatea de învăţare; comportamente de sortare; comportamente de abstractizare şi inducere, sintetizarea formelor geometrice/detaliile lor; sesizarea unor lacune în imagini; povestire cu detalii asupra unei situaţii etc. La acest test, el a observat că surzii au obţinut rezultate inferioare la primele cinci subteste.

Myklebust (1964) a arătat că în cazul copiilor deficienţi de auz nu se poate spune că toţi aceştia sunt retardaţi, ci rezultatele acestora trebuie raportate la fiecare subiect în parte şi la caracteristicile lui. Performanţele la probele de manualitate şi vizualitate sunt la fel ca la auzitori. S-au efectuat multe studii, care au pus în evidenţă faptul că grupul de surzi, faţă de auzitori, posedă acelaşi tip de inteligenţă, dar manifestă şi o retardare educaţională.

Myklebust a evidenţiat prin studiile cu ajutorul matricelor progresive Raven, că auzitorii îi depăşesc pe surzi în testele de raţionament prin analogie, la testele de scriere, de clasificare, de descoperire, dar insistă asupra faptului că acest retard nu este o realitate fatală. Atunci când activitatea psihică este antrenată, aceasta se dezvoltă.

Myklebust şi **Maesonny** au constatat că, de multe ori, rezultatul acestor retarduri intelectuale sunt datorate metodelor de învăţământ sau metodelor de cercetare aplicate surzilor.

Unii cercetători au evidenţiat că anumite trăsături psihice apar atunci când există o diferenţă între nivelul de expectanţă şi cel de performanţă al copilului, adică atunci când intervin factori motivaţionali, de adaptare a copilului surd, ce determină modificări în structura sa psihică. Surzii au mai multe probleme de adaptare decât auzitorii.

Este unanim acceptată ideea potrivit căreia, cu cât este mai mare perioada dintre începutul surdităţii şi reabilitare, cu atât mai mare este şansa apariţiei unor elemente de specificitate în dezvoltarea lor psihică. Acest model psihologic se va fixa ca o etichetă asupra surdităţii.

Au fost evidenţiate anumite procese dinamice specifice la surd; el este mai anxios, mai dependent, înclinat spre depresie, ostilitate, lipsit de încredere în sine, îşi fixează anumite ţinte nerealiste.

I. Stănică (1993), a realizat o sinteză a particularităţilor în dezvoltarea psihofizică a deficientului de auz, evidenţiind un număr de particularităţi, care se referă, în principal, la :

- dezvoltarea motrică, ce prezintă o oarecare întârziere;
- reflexul de orientare pe bază de auz este diminuat, chiar inexistent;
- respiraţia costodiafragmatică specifică limbajului este minimă;
- simţul echilibrului este diminuat;
- reprezentarea are o încărcătură vizual-motrică;
- memoria se dezvoltă mai lent;
- memoria vizual-motrică şi afectivă este mai bine dezvoltată;
- imaginaţia, capacitatea de a crea are o evidentă specificitate vizual-motrică etc.

Cercetări mai recente (**Popa, M.**, 2001), cu privire la caracteristicile psihologice ale deficientului de auz, au arătat că influenţa deficienţei senzoriale asupra dezvoltării psihofizice variază de la individ la individ şi, de asemenea, variază în funcţie de situaţia educaţională a fiecăruia. Fiecare deficient de auz trebuie abordat în individualitatea contextului social şi economic în care trăieşte. Din studii a reieşit că deficienţii de auz, cuprinşi în lotul de cercetare, manifestau o rigiditate în stabilirea relaţiilor sociale, o tendinţă spre izolare, mai ales în situaţia în care indivizii nu dispuneau de o modalitate fluentă de comunicare verbală. Tendinţa spre agresivitate, care s-a reliefat din interpretarea răspunsurilor la teste, s-ar datora complexului de inferioritate al acestora, care, la rândul lui, se formează ca urmare a imposibilităţii intrării în relaţie cu auzitorii.

Unele cercetări au nuanţat faptul că surzii nedemutizaţi sunt subculturali, dar demutizarea precoce şi protezarea adecvată diminuează diferenţele în dezvoltarea psihică a deficientului de auz. Pierderea perioadei optime de însuşire a limbajului măreşte decalajul dintre surzi şi auzitori. Acest decalaj, se manifestă pe tot parcursul vieţii la surzii nedemutizaţi.

Inteligența emoțională la persoanele cu deficiență de auz

Acesta este un concept relativ nou (1990), ce include în conținutul său, pe de o parte, stările afective, emoțiile și sentimentele, pe de altă parte, modul în care le putem manevra, în așa fel încât să le folosim în scopul unei adaptări cât mai eficiente.

Robert Wood și Dr. Harry Tolley (2003), profesori la Școala Pedagogică de la Universitatea din Nottingham, Marea Britanie, definesc inteligența emoțională tot prin cinci componente sau domenii de aptitudini, care sunt, în esență, aceleași ca și cele descrise de **D. Goleman și Adele Lynn**:

1. *Autoreglarea* – capacitatea de dirijare și control al propriei stări emoționale.
2. *Conștiința de sine* – cunoașterea și înțelegerea sentimentelor proprii.
3. *Motivația* – canalizarea sentimentelor pentru a atinge anumite scopuri.
4. *Empatia* – identificarea și descifrarea sentimentelor celorlalți.
5. *Abilitățile sociale* – a stabili relații cu ceilalți și a-i influența.

La fel ca și ceilalți autori, **Dr. R. Wood** și **Dr. H. Tolley** evidențiază legătura complexă dintre aceste componente, precum și faptul că acea capacitate de a folosi eficient pe oricare dintre ele este legată de gradul în care o persoană posedă una sau mai multe dintre aceste elemente, în sensul ca folosirea simțămintelor într-un mod considerat potrivit (autoreglarea) este o aptitudine care se bazează pe cunoașterea proprie (conștiința de sine). Similar, cei care își pot identifica sentimentele probabil că sunt capabil să le identifice și pe ale altora (empatie). A fi capabil să stabilești relații cu alții în mod sincer (abilități sociale) este o funcție cuprinsă în toate celelalte laturi. Motivația dă puterea de a realiza ceva, împreună cu conștiința de sine (**Popa, M.**, 2008).

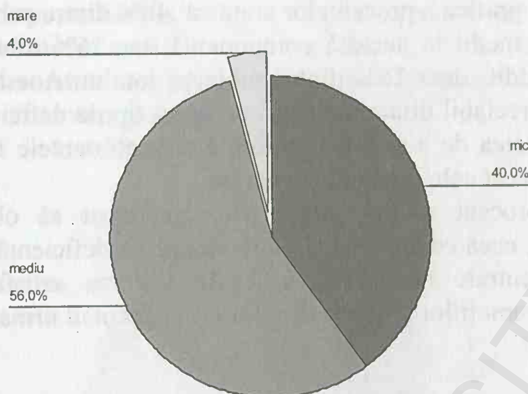
Selectăm, în continuare, rezultatele obținute de lotul de adolescenți cu deficiență de auz, la testul de inteligență emoțională, elaborat de R. Wood și H. Tolley.Testul este compus din cinci subteste, ce urmăresc stabilirea nivelului – mare, mediu, mic, la care se poate găsi o persoană și anume: pentru *autoreglare, conștiința de sine, motivație, empatie, abilități sociale.*

Subiecții cu deficiență de auz au vârste cuprinse între 14 și 16 ani, din care 15 fete și 11 băieți, elevi în clasa a VII-a și a VIII-a, la o școală specială pentru deficienți de auz din București.

Valorile QI sunt cuprinse intre 70 si 89 la fete , cu deficiențe de auz, de la cofoză bilaterală la hipoacuzie ușoară. La băieți, QI variază între 67, aceștia având cofoză bilaterală și 89, cei cu hipoacuzie ușoară. Comunicarea este preponderent mimico-gestuală, excepție făcând, 4 fete si 3 băieți , cu hipoacuzie ușoară.

Rezultatele componentei autoreglare la lotul de deficienți de auz

Reprezentarea grafică a procentelor scoate în evidență faptul că, pentru componenta autoreglare a testului de inteligență emoțională, adolescenții deficienți de auz au obținut valori medii în proporție de 56% și valori mici în proporție de 40%, ceea ce arată faptul că subiecții au o capacitate de autoreglare a conduitei la un nivel scăzut. Nivelul mare la această componentă a fost obținut doar de 4%. dintre subiecți (vezi graficul urmator).



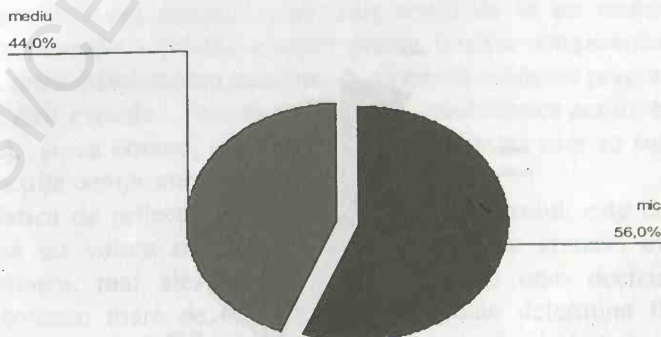
Reprezentarea grafică a procentelor pentru componenta *autoreglare*

Repartizarea nivelurilor autoreglării în funcţie de QI a relevat faptul că între cele două variabile nu există întotdeauna o legătură direct proporţională.

Rezultatele componentei conştiinţa de sine

Deşi adolescenţii cu deficienţă de auz au un nivel intelectual mai ridicat decât adolescenţii cu deficienţă de intelect, totuşi componenta conştiinţa de sine are un nivel scăzut şi la aceşti subiecţi Aceasta se poate asocia cu specificului deficienţei, care determină nedezvoltarea atât a limbajului verbal, cât şi a limbajului interior. Dezvoltarea unei comunicări susţinute cu semenii şi desigur şi a unui limbaj interior sunt premise pentru dezvoltatrea conştiinţei de sine la parametri de normalitate..

Din reprezentarea grafică a procentelor, se observă că nivelul mic al conştiinţei de sine este prezent la 56% dintre subiecţi, în timp ce 44% dintre subiecţi au obţinut valoare medie. Nici un subiect nu a obţinut valoare mare la această componentă (vezi graficul) :

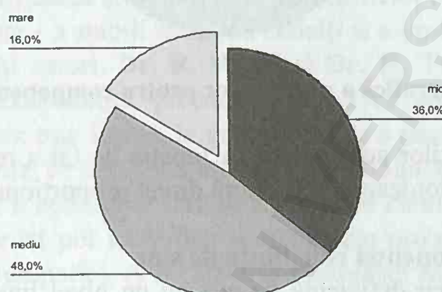


Reprezentarea grafică a procentelor componentei *conştiinţa de sine*

Rezultatele componentei motivație

Reprezentarea grafică a procentelor arată că 48% dintre subiecții cu deficiență de auz au obținut valori medii la această componentă, iar 36% dintre ei au valori mici. Valorile mari au dobîndit doar 16% dintre subiecții lotului. Acest aspect demonstrează faptul că un număr apreciabil dintre subiecții cu acest tip de deficiență senzorială, poate să-și dezvolte capacitatea de a-și folosi emoțiile și sentimentele în vederea satisfacerii unor trebuințe, altele decât cele imediate, concrete.

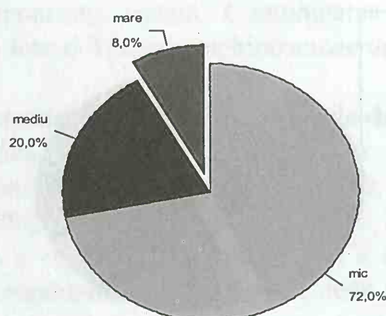
Totuși, un procent relativ mic, 16%, au reușit să obțină valori mari la componenta motivație, ceea ce arată că și adolescenții cu deficiență de auz au resurse și pot dezvolta o concentrare bună a energiei în vederea satisfacerii unor trebuințe superioare, cu ajutorul emoțiilor și sentimentelor (vezi graficul urmator).



Reprezentarea grafică a procentelor componentei *motivație*

Rezultatele componentei empatie

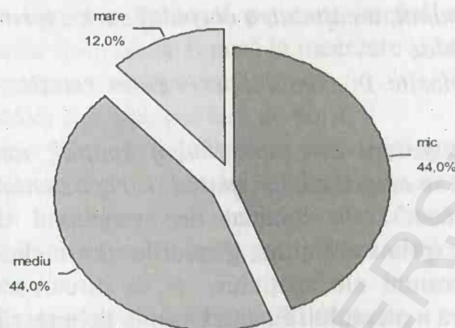
Reprezentarea grafică a procentelor arată că 72% dintre subiecți au realizat un nivel mic, 20% sunt încadrați la nivelul mediu, în timp ce doar 8% au obținut valoare mare la această componentă. Aceste rezultate se alatură rezultatelor altor studii efectuate de numeroși cercetători, atât străini, cât și români, ce au evidențiat faptul că adolescenții cu deficiență de auz nu au dezvoltată capacitatea empatică la un nivel satisfăcător, aceasta fiind în mare măsură influențată de capacitatea de relaționare și de nivelul de dezvoltate a comunicării verbale (vezi graficul).



Reprezentarea grafică a procentelor componentei *empatie*

Rezultatele componentei abilitate socială

Din analiza răspunsurilor la această componentă a reieşit faptul că, 44% dintre subiecţi au atins nivelul mic şi tot 44% au atins nivelul mediu al abilităţilor sociale. Doar 12% din totalul lotului au atins nivelul mare al acestei componente, probabil ca urmare a existenţei limbajului verbal vezi graficul).



Reprezentarea grafică a procentelor la componenta *abilitate socială*

Putem să tragem concluzia, în urma rezultatelor obţinute de către deficienţii de auz la acest test de inteligenţă emoţională că majoritatea lor au performanţe medii şi mici la toate componentele ce alcătuiesc această abilitate, fapt ce crează cel puţin rezerve şi îngrijorare cu privire la şansele lor de a reuşi în demersurile de integrare profesională şi socială, fără o asistenţă socială de specialitate.

Unele caracteristici psihologice la persoanele surde

Omul este o fiinţă vizuală, iar viaţa lui de relaţie este coordonată preponderent, de vedere. Vederea integrează şi subordonează informaţiile venite de la celelalte simţuri şi le conferă o caracteristică vizuală.
In condiţiile diminuării sau absenţei stimulilor veniţi de la un analizator şi datorită procesului de compensaţie, celelalte simţuri preiau funcţia compromisă sau absentă a acelui analizator, dezvoltând calitaţi speciale, de exemplu scăderea pragurilor diferenţiale, ca urmare a solicitării excesive. Persoana surdă are sensibilitatea auditivă mult diminuată sau chiar absentă, şi, ca urmare, vederea va fi sensibilitatea care va suplini, în cea mai mare masură, funcţiile compromise ale auzului..

Caracteristica de reflectare a realitaţii, în cazul auzului, este de simultaneitate, ceea ce înseamnă un volum imens de informaţii pe care creierul este nevoit sa le proceseze instantaneu, mai ales când este cazul luării unei decizii. Acest proces presupune un consum mare de energie, ceea ce poate determina fie un timp mai indelungat pentru luarea deciziilor, fie rationamente superficiale bazate pe elementele cu caracteristici vizuale mai pregnante, precum mişcare, culoare, apropiere şi care nu sunt întotdeauna cele mai semnificative pentru o situatie.

Puterea lor de intelegere mai este îngrădită si ca urmare a competenței precare in comunicarea verbală, cunoscându-se faptul că mutitatea este o consecință primară a surdității.

Limbajul mimico-gestual este modalitatea proprie de comunicare a surzilor, fiind considerat limba lor maternă, primul limbaj utilizat de copil în familiile de surzi şi dezvoltat cu predilecție de comunitatea persoanelor surde.

Mimica este arta de a exprima prin mişcarea muşchilor feței sentimente şi idei, iar gestul este mişcarea mâinii, a capului, a corpului care exprimă o idee, un sentiment, o intenție, înlocuind cuvintele.

Gesturile sunt folosite în combinație – şi în relație – cu poziția corpului şi expresiile faciale.

Limbajul mimico-gestual este un limbaj spațial, iar în situații emoționale, gestica şi mişcarea mâinii se amplifică, iar spațiul de reprezentare se măreste.

Universul lor 'tăcut' este luminat de complexul de gesturi , mimica si pantomimica în care-şi exprimă emoțiile, gândurile dorințele. Gesturile se organizează conform celor trei dimensiuni ale spațiului şi se circumscriu într-un ecran ce nu depăşeşte partea superioară a pieptului. Enunțul mimic debutează cu complementul şi este mai concis, spre deosebire de cel verbal care debutează cu subiectul şi este mult mai detaliat şi nuanțat. În absența instrumentelor gramaticale, a timbrului şi intonației persoanele surde folosesc amploarea gesturilor şi mimica pentru a-şi exprima emoțiile Astfel, *în situații* de stres *inopinant teama, frica, spaima - fenomene ce reprezintă factori stresori),* reactivitatea lor este mult amplificată datorită doar a informațiilor concret-vizuale, iar gestica este amplă şi dezordonată, *impulsivă*.

Un strigăt de surpriză sau de spaimă pentru un auzitor, la surzi, va lua forma unor gesturi largi, *ample* şi necontrolate, *imprevizibile (greu de anticipat), sub forma unui comportament agresiv ce reflectă starea emoțională existentă.*

Diferite studii atestă faptul că persoana surdă, ca urmare a informațiilor precare venite cu preponderență pe cale vizuală, a contactelor restricționate la persoanele cu aceeaşi deficiență, a comunicării şi instruirii deficitare, dezvoltă şi anumite trăsături de personalitate specifice, precum instabilitate emoțională, irascibilitate crescută, suspiciune, lipsă de empatie, inerție în gândire .

Am selectat, în continuare, o serie de **caracteristici psihice reliefate de literatura de specialitate şi atribuite deficientului de auz (Myklebust, Moores, Meadow, Pufan).**

1. ***Pe plan social,*** au fost semnalate caracteristici, precum: credulitate; dezobediență, mai puțin dezvoltată sub aspectul înțelegerii normelor morale, rigiditate în asumare de roluri; imaturitate; timiditate; lipsă de sugestibilitate; izolare; nesociabilitate.
2. ***Pe plan cognitiv***: cercetarile au scos în evidență: gândire conceptuală mai scăzută; concretism; naivitate; nehotărâre; limitare în gândire; interiorizare săracă; o conştiință de sine săracă; introspecție slabă; gândire neclară; limbajul verbal nedezvoltat; inteligență precară.
3. ***Pe plan comportamental*** au fost evidentiate: agresivitate; rigiditate; hedonism; suspiciozitate; imaturitate; încăpățânare; dezvoltare motorie slabă; impulsivitate; personalitate imatură; lipsă de inițiativă; posesivitate; interese puține.

4. *Pe plan emoțional,* din cercetări reies: tendințe paranoide;imaturitate emoțională, reacții psihotice pregnante; lipsă de empatie; seriozitate; explozivi; temperamentali; ușor frustrabili; nesentimentali; iritabili; nu sunt anxioși; instabilitate emoțională; relativ depresivi, cu perturbări emoționale; nevrotici.

Desigur că unii cercetători și persoanele cu deficiență de auz se opun vehement oricăror concluzii ce pun în inferioritate populația cu deficiență de auz și scot în evidență că, în primul rând, testării i se pot reproșa foarte multe aspecte, precum:

- limbajul testelor este limbajul pe care surdul nu-l înțelege și ca atare administrarea de teste poate fi pusă la încercare și nedemnă de încredere;
- probleme în cotare; inconsecvență;
- stilul de selectare a populației lasă de dorit;
- se reproșează o lipsă de înțelegere a persoanei surde, o lipsă de adaptare a testelor pentru ei, precum și un subiectivism exagerat, toate determinând tendința de a considera psihismul persoanei surde ca fiind mai degrabă caracterizat prin „devianță” decât prin „întârziere”.

Caracteristici ale memoriei deficientului de auz

Lipsa auzului are drept consecință o amplă restructurare a sistemului personalității deficientului, imprimând particularități specifice tuturor proceselor psihice, pornind de la primul sistem de semnalizare, cu consecințe semnificative în cel de al doilea. Particularitatea esențială, care le deosebește pe persoanele deficiente de auz de auzitori, este bazarea raporturilor cu lumea înconjurătoare, în special pe vedere. În perceperea limbajului, chiar și copiii cu resturi de auz protezate se bazează în primul rând pe labiolectură, deci pe un suport vizual. Auzul la astfel de copii este doar un adjuvant al văzului implicat în labiolectură, oferind informații mai ales cu privire la ritmul vorbirii.

Faptul că acesti copii cu deficiențe de auz se bazează, în special, pe modalitatea vizuală are consecințe directe în ceea ce privește particularitățile proceselor psihice ce fac parte din cel de al doilea sistem de semnalizare. Unul dintre acestea este memoria.

Dată fiind modalitatea senzorială dominantă, materialul cu care operează memoria este preponderent de factură vizuală (imagistică). În sfera afectivă și în cea motorie nu se poate spune că există deosebiri între copiii normali auzitori și cei cu deficiențe de auz. În schimb, apar diferențe marcante în ceea ce privește memoria cognitiv-verbală. Datorită lipsei cuvântului ca instrument al memoriei, memoria cognitiv-verbală se dezvoltă lent și se caracterizează prin mecanicism.

În schimb, memoria vizual-motrică este foarte bine dezvoltată. Datorită importanței pe care o are modalitatea de percepție vizuală, copiii cu deficiență de auz își antrenează foarte bine memoria vizuală realizând în acest scop performanțe mult mai ridicate decât copiii normali auzitori de aceeași vârstă.

Memoria senzorială ecoică de scurtă durată este implicată intens în învățarea limbajului verbal oral; de asemenea, ritmul are un rol deosebit în învățarea vorbirii, acesta fiind caracterizat ca o succesiune de grupări ritmice melodioase, într-un tempo alert. **Brill** (1953) a descoperit că volumul memoriei de scurtă durată a copiilor cu surditate și al căror simț al ritmului nu a fost exersat se reduce la 5 cuvinte, norma fiind de cel puțin 7 itemi.

Funcţionarea deficitară a acestui tip de memorie este unul dintre cele mai mari impedimente care apar în demutizarea copiilor cu deficienţe de auz. Prin urmare, aceşti copii trebuie să facă exerciţii care să le dezvolte memoria verbală începând prin a rosti şi prin a scrie din memorie propoziţii din ce în ce mai lungi. Dacă memoria de scurtă durată nu este antrenată, copiii cu deficienţă de auz nu vor putea rosti propoziţii compuse din mai mult de 5 cuvinte nici la vârsta de 18 ani. Lipsa antrenării memoriei de scurtă durată face ca topica propoziţiilor emise spontan de către copiii cu deficienţă de auz să fie influenţată de principiile vizualizării şi de cele ale topicii emoţionale.

Limbajul mimico-gesticular, dactilemele sau limbajul scris nu sunt îndeajuns de ritmate pentru ca ritmul lor să influenţeze benefic memoria de scurtă durată, pentru a-i creşte volumul.

Caracteristici ale afectivităţii deficientului de auz

Deficientul de auz dispune de o gamă largă de procese afective, precum: emoţii, dispoziţii (care nu au orientare şi sunt foarte variabile), afecte, sentimente, pasiuni.

Datorită absenţei cuvintelor, lipsei lor de contacte susţinute cu auzitorii, viaţa lor afectivă este mai restrânsă. Relaţiile afective se limitează la familie, rude, vecini, colegi.

Procesele afective, **după conţinut,** sunt mai puţin conceptualizate, tind să se lege mai mult de fapte trăite; există o condiţionare profund intuitivă. Conduita de comunicare nu le permite să ia contact cu un număr mare de evenimente, cu experienţa unui număr mare de persoane.

După formă, procesele afective au de suferit în absenţa dezvoltării limbajului verbal. Există dificultăţi în atingerea unor parametri mai rafinaţi, cum ar fi în sentimente şi pasiuni. Din acest punct de vedere, starea afectivităţii este diferită de cea a auzitorului, dar şi de cea a deficientului de intelect.

Deficienţa de auz şi limitele de informare dau o oarecare specificitate în coloratura proceselor afective, dar se pune accent pe ideea că deficientul de auz beneficiază de toate procesele afective, iar în măsura în care contextul social şi propria capacitate de relaţionare se manifestă spontan, propriile experienţe existenţiale vor determina efervescenţa şi emulaţia afectivă corespunzătoare

Note de specificitate în creativitatea deficientului auditiv

Creativitatea are o arie vastă de cuprindere, fiind proces definit prin produse originale, utile pentru societate, fiind posibilă la toate nivelurile de activitate şi la persoane cu nivel de pregătire foarte diferit.

C. Pufan (1989) vorbeşte de o relativă pseudocreativitate la deficientul de auz, care ar putea precede creativitatea. Deficientul de auz are aceleaşi posibilităţi de a-şi dezvolta avariate forme de creativitate, ca şi auzitorul însă creativitatea deficientului de auz este tributară experienţei vizuale bogate de care dispune acesta, şi manualităţii. Creativitatea se manifestă, mai ales, pe latura practică, evidenţiindu-se prin confecţionarea unor lucrări manuale, obiecte; pot fi buni designeri, confecţioneri în diferite materiale, executanţi de mulaje, sculpturi, picturi etc.

Pot ajunge la performanţe deosebite în imaginaţia şi creativitatea reproductivă, dar au un nivel scăzut în invenţii.

Deficienţii de auz au o creativitate de fond, în special, bazată pe imaginaţia reproductivă. Posibilităţile deficientului de auz pentru a ajunge la creativitate pot fi îngrădite, mai ales în ceea ce priveşte creativitatea ce operează cu simboluri.

Acumularea de informaţii ce determină formarea de priceperi şi deprinderi se realizează în timp îndelungat şi uneori în mod imperfect.

Tehnologiile moderne sunt greu accesibile deficientului de auz ce dispune de un limbaj verbal precar, în cele mai multe cazuri nu cunoaşte o limbă de circulaţie mondială. Posibilitatea lor de utilizare a cunoştinţelor pentru potenţarea creativităţii sunt reduse sub acest aspect.

Formarea intereselor la deficienţii de auz

În condiţiile deficienţei auditive, un rol important, în dezvoltarea psihică a copiilor şi a elevilor cu deosebire în ceea ce priveşte formarea intereselor, îl deţin solicitările formulate faţă de copil în perioada preşcolară de către părinţi şi apoi solicitările formulate la nivelul şcolii. În toate împrejurările, există o strânsă legătură între aspectul informativ şi formativ, între motivaţie şi activitate. În condiţiile deficienţei de auz, prin demutizare, există condiţii pentru formarea intereselor, dar în acelaşi timp şi pentru dezvoltarea unor pseudointerese. Studiile (**M. Popa**, 2001) şi practica personală au scos în evidenţă că paralel cu demutizarea există condiţii pentru diversificarea intereselor deficienţilor de auz şi pentru identificarea domeniilor pentru care ei au un potenţial real de a le accesa.

Pe măsură ce ei au acces la limbajul verbal, sfera preocupărilor se lărgeşte, o dată cu însuşirea de noi cunoştinţe. Studierea psihologiei deficienţilor auditivi scoate în evidenţă existenţa unor conflicte motivaţionale, o confruntare a unor motive, datorită unor posibilităţi neadecvate de satisfacere. Aceste conflicte au intensităţi diferite, cu durabilitate mai scurtă, sau mai lungă, cu participarea afectivităţii, în funcţie de gradul delimitării interesului, în funcţie de structurile cognitive ale deficientului de auz.

În înlăturarea conflictelor motivaţionale trebuie să intervină nu numai elevii, dar mai ales personalul didactic, consilierul educaţional.

M. Popa (2001) a scos în evidenţă că unele interese ce nu pot fi satisfăcute se dezvoltă atât datorită forţei de atracţie a preocupărilor, unuia sau ambilor părinţi, sau a fraţilor care nu au deficienţă de auz, cât şi datorită modelelor oferite prin intermediul mijloacelor mass-media; astfel, ei doresc să devină prezentator T.V., manechine, „om de afaceri", pilot etc.

În deliberarea asupra profesiei, ei sunt influenţaţi de modelele de profesii observate la membri familiei lor. De cele mai multe ori, deficientul de auz nu este pe deplin informat cu privire la cerinţele profesiei dorite, iar conflictul ce a luat naştere este cauzat de discordanţa dintre nivelul de aspiraţii şi posibilităţile reale de realizare. Totuşi, există o paletă foarte bogată de interese pe care deficientul de auz poate să şi le satisfacă, şi aceasta datorită eforturilor depuse de personalul educativ, care trebuie să le dezvolte interese reale, conforme posibilităţilor lor, să-i facă să înţeleagă de ce nu ar avea succes în cazul unor anumite profesii.

Conflictele apar, mai ales, faţă de preocupările-interesele ce se formează spontan. Interesele sau trebuinţele care, la rândul lor, pot fi materiale şi spirituale, şi acestea fiind foarte mult condiţionate social.

La deficienţii de auz, ca şi la persoanele cu dezvoltare senzorială normală, trebuinţele materiale evoluează odată cu vârsta şi dezvoltarea psihică. Trebuinţele spirituale, fiind impulsionate, în mod deosebit, de volumul, calitatea şi varietatea informaţiilor posedate, a convingerilor, de forţa de atracţie a unor activităţi, de nivelul de aspiraţii, sunt mai slab dezvoltate comparativ cu trebuinţele materiale, la persoana cu deficienţă de auz .

Cu cât activitatea antrenează mai mult pe surdovorbitor, cu atât trebuinţele şi interesele acestora vor cunoaşte aspecte mai bogate şi mai variate.

Determinarea socială a trebuinţelor şi intereselor se materializează prin contactul nemijlocit cu mediul social în care trăieşte; el îşi însuşeşte în mod activ, dar şi pasiv, spontan, prin imitaţie, anumite trebuinţe care sunt modelate social de mediul în care trăieşte. La fel se întâmplă şi cu trebuinţele spirituale. Există condiţionări reciproce între trebuinţe şi interesele deficienţilor de auz. Şi la deficientul de auz trebuinţele spirituale au, prin ele însele, un rol motivaţional şi intervin pentru a-l mobiliza pe acesta să-şi perfecţioneze tot mai mult metoda de muncă, de activitate. Acest fenomen este dinamizat de achiziţionarea limbajului verbal, prin demutizare, putând astfel să apară fenomenul normal de armonizare a intereselor proprii cu cele ale comunităţii în care trăieşte.

Se pot clasifica şi la deficienţii de auz interesele în: interese de cunoaştere şi interese profesionale, acestea din urmă fiind şi cele mai pregnante.

Factorul cel mai important în formarea intereselor este **şcoala**, procesul de învăţare.

Ierarhizarea intereselor este un alt aspect; în funcţie de locul pe care-l ocupă fiecare, interesele pot fi principale/centrale sau interese secundare/subordonate.

Interesele principale sunt interesele faţă de învăţătură, în primul rând faţă de demutizare. Atâta timp cât nu există interes din partea subiectului însuşi nu se poate realiza demutizarea; acesta nu-şi poate achiziţiona limbajul verbal.

Interesele secundare sunt interesele subordonate participării la activităţile culturale realizate în cadrul şcolii, de exemplu. La deficientul de auz, acestea trebuie să acţioneze ca auxiliare pentru cele principale. Şcoala, societatea trebuie să acţioneze în sensul diversificării intereselor deficientului de auz, pentru a nu uniformiza, a nu tipiza interesele acestei categorii de copii cu deficienţă senzorială.

BIBLIOGRAFIE

BOSCO, E., MANCINI, P., D'AGOSTA, L., BALLANTYNE, D., FILIPO, R., 2006, „Schooling and educational performance in children and adolescents wearing cochlear implants", *Cochlear Implants International*, volume 6 Issue3, pp. 147 – 156.

CULLINGTON, H., HODGES A., BUTTS, S., DOLAN-ASH, S., BALKANY, T., 2000, "Comparison of language ability in children with cochlear implants placed in oral and total communication educational settings", *Annals Otol Rhinol Laryngol*, pp. 121-25.

ECKL-DORNA, J., BAUMGARTNER, W.D. JAPPEL, A., HAMZAVI, J., FREI, K. 2004, „Successful integration of cochlear-implanted children in regular school system", *International Congress Series*, volume 127, pp. 409-412.

EWING, R., EWIG, W. G., 1974, *Speech and the deaf child*, Mancester University Press.
FLOSI, C., GERVASONI, B., 1997, *Sentire, udire, ascoltare per comunicare. Testo practico per l'educatione e la rieducatione all'ascolto in funzione della comunicazione linguistic*, Famiglie Italiene Associate per la Difesa dei Diritti degli Aidiolosi (F. I. A. D. D.), Erga Edizioni.
GREGORY, S., MOGFORD, K., "Early language in deaf children". In Woll, B., *kyle Perspective on British Sign Language and Deafness*, London, Crom helm
LING, D., 1976, *Speech and the hearing Impaired child: Theory and Practice*, Washington D.C.
LING, D., LING, A. H., 1978, *Aural Habilitation: The foundation of verbal Learning in Hearing - Impaired Children*, Washington D.C.
LOIZOU, P. C., 1998, *Introduction to Cochlear Implant,* IEEE Signal Processing Magazine, pp. 101-130.
LOIZOU, P. C., 2007, *Speech Enhancement: Theory and Practice*, CRC Press, Boca Raton.
MANOLACHE, C. GH., 1980, *Surdomutitatea*, Editura Medicală, Bucureşti.
MARC, TURK, R., 1990, *Mastery, motivation in deaf and hearing infants. Educational and developmental aspect of deafness*, Galludet University Press, Washington D.C.
MARE, V., ŢIF, L., (1970), *Date experimentale cu privire la eficienţa sensibilităţii vibrotactile la copiii surzi. Probleme de defectologie*, vol. VIII, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, pp. 126-162.
MYKLEBUST, H., 1964, *The Psychology of Deafness*, New-York
OFFICIERS, P.E., et. all., 2005, „International Consensus on bilateral cochlear implants and bimodal stimulation", *Acta Oto-Laryngologica*, pp. 918-919.
PARNICKY, B., 1993, *Educational Implications of Cochlear Implants in Deaf Children,* Mid South Educational Research, Association Conference, Louisiana, New Orleans.
POPA, M., 2001, *Comunicare şi personalitate la deficientul de auz*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
POPA, M., 2002, *Deficienţa de auz – repere psihologice şi metodologice*, Editura Dimitrie Cantemir, Tg. Mureş.
POPA, M., 2007, „Studiu asupra cauzalităţii unor dificultăţi de învăţare în deficienţa de auz", în *Revista de psihopedagogie*, nr. 2.
POPA, M., 2008, „Caracteristici ale inteligenţei emoţionale la adolescenţii cu deficienţe senzoriale şi de intelect şi la cei fără deficienţă – design experimental de intervenţie terapeutică", lucrare *Conferinta Naţională de Psihologie* - Timişoara mai 2008-05-27
PUFAN, C., 1972, *Probleme de surdopsihologie*, vol. I, Editura Didactică şi Pedagogică.
PUFAN, C., 1982, *Probleme de surdopsihologie*, vol. II, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
RONDAL, J.A., SERON, X., 1999, *Trouble du langage.* Editura Pierre Mardaga, Hayen.
SPENCER, P., MARSCHARK, E., MARSCHARK, M., 2003, "Cochlear Implants: Issues and Implications", in *Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education*, ed. Marc Marschark and Patricia Elizabeth Spencer, 434-450. Oxford: Oxford University Press.
STITH, J. L. & DRASGOW, E., 2005, *Including Children with Cochlear Implants in General Education, Elementary Classrooms*, TEACHING Exceptional Children Plus.
STĂNICĂ, I., POPA, M., 1994, *Elemente de psihopedagogia deficienţilor de auz*, Editura Univers Bucureşti.
STĂNICĂ, I., UNGAR, E., BENESCU, C., 1983, *Probleme metodice de tehnică a vorbirii şi labiolectură*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
WEBSTER, A., WOOD, D., 1989, *Children with hearing difficulties,* Cassel Educational Limited, London.
WEBSTER, A., SANDERS, E., BANFORD, J., 1984, „Fluctuating conductive hearing impairement", *Journal of the association of Educatioal Psychologist.*

CAPITOLUL VII
SPECIFICUL PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV ŞI RECUPERATIV ÎN DEFICIENŢA DE AUZ

1. ORGANIZAREA UNITĂŢILOR DE EDUCAŢIE ŞI RECUPERARE

Educaţia persoanelor cu deficienţă de auz are o tradiţie îndelungată la noi în ţară. Un anume Băcilă, fost husar în armata napoleoniană, este citat ca întemeietor al unui institut particular pentru surdomuţi la Dumbrăveni (fost Ibaşfalău), judeţul Sibiu. Din lipsă de fonduri, demersul său a fost de scurtă durată, din 1827 (sau 1831) până în 1846 (Pufan, 1972). Prima instituţie dedicată educaţiei copiilor cu deficienţe auditive a apărut în 1864, o dată cu mutarea Azilului „Elena Doamna" de la Bucureşti la Focşani (http://scoli.didactic.ro/csielenadoamna/, feb. 2010). După altă sursă (http://cnelenacuza.3x.ro/Istoric/, feb. 2010), abia în 1866 sunt primiţi câţiva copii cu surdomutitate la Azilul „Elena Doamna" (inaugurat la data de 15 noiembrie 1863, în zona Dealului Cotroceni din Bucureşti). Ulterior, şcoala pentru elevi cu deficienţe de auz s-a mutat la Focşani, în anul 1895, beneficiind de un spaţiu adecvat (**Stănică** şi **Popa**, 1994). Primul profesor (al cărui nume ar fi fost Palla) era el însuşi deficient de auz, instruit la Viena şi Paris. Acesta utiliza metodele mimică, grafică şi dactilă. Din iniţiativa profesorului Carol Schaefer, în 1863, la Timişoara, se înfiinţează o şcoală privată, care a avut o existenţă efemeră (**Barbu**, 2006). Alte instituţii având drept scop educarea copiilor deficienţi de auz au apărut la Arad (1885), Cluj (1888), Cernăuţi (1908), Bucureşti (1919), Iaşi (1931 sau 1932). Metodele folosite erau cele manuală, grafică şi dactilă, după model francez (**Barbu**, 2006).

Consecinţă a Congresului de la Milano, din 1880, conflictul dintre cele două orientări metodologice fundamentale – cea oralistă, respectiv cea gestuală – s-a resimţit şi în ţara noastră, prevalând metoda orală, de inspiraţie germană. Îndrumarul „Noţiuni de articulaţie sau instrucţiuni pentru a face să vorbească surdo-muţii", publicat de Nicolae Ionescu şi E. Baican, la Bucureşti, în 1884, precum şi traducerea lucrării lui Goguillot (*Cum să-i facem pe surdomuţi să vorbească*) (L. Goguillot, 1889), în 1896, au contribuit la popularizarea metodei orale de demutizare. Dimitrie Rusticeanu, director al „Institutului de orbi şi surdomuţi Regina Maria" din Cernăuţi (între anii 1912 şi 1940), a publicat o serie întreagă de lucrări dedicate promovării comunicării orale în educaţia surzilor, în detrimentul celei mimico-gestuale (**Barbu**, 2006). Totuşi, până astăzi, disputa dintre cele două orientări nu s-a încheiat, existând încă voci care să acuze lumea academică de instaurarea unei schisme pedagogice în educarea celor cu deficienţe de auz (http://www.milan1880.com/index.html, feb. 2010) .

Prin Legea învățământului primar al statului și învățământului normal-primar din 1924 (publicată în Monitorul Oficial din 26 iulie 1924), se reglementează atât organizarea învățământului special („Școalele și clasele speciale pentru copiii debili și anormali educabili”, Titlul I, secțiunea I, cap. I, art. 1, alin. d), cât și structura personalului didactic (învățători-asistenți, respectiv învățători titulari). Tot în perioada interbelică, au fost pregătiți profesori „medicopedagogi”, atât la Universitatea din Cluj (1921-1927), cât și la Universitatea din București (1938-1940) (**Stănică** și **Popa**, 1994).

După război și schimbarea formei de guvernământ, învățământul special pentru deficienții de auz cunoaște două perioade distincte. Astfel, între 1950 și 1970, are loc extinderea și specializarea instituțiilor – grădinițe și școli de surzi, respectiv de hipoacuzici, școli profesionale pentru deficienți de auz; se pun la punct metodologia și instrumentele necesare depistării și diagnosticării precoce a copiilor cu deficiențe auditive; sunt selectate metodele necesare demutizării și învățării labiolecturii; sunt elaborate planuri de învățământ adecvate, precum și programe și metodici speciale; și, nu în ultimul rând, sunt organizate atât activități de cercetare, cât și cursuri de pregătire și perfecționare a personalului didactic în domeniu (**Stănică** și **Popa**, 1994). Începând din anii ’70, se instalează, progresiv, o perioadă de stagnare, fiind desființate, pe rând, Facultatea de Defectologie (în 1974), Institutul de Perfecționare a Personalului Didactic (în 1979) și Institutul de Cercetări Pedagogice și Psihologice (în 1982). De asemenea, consecințele aplicării Legii nr. 3 din 1970 privind regimul ocrotirii unor categorii de minori (publicată în Monitorul Oficial din 28 martie 1970) se reflectă în subfinanțarea cronică a școlilor speciale, sistarea achiziției de proteze auditive și lipsa manualelor școlare adaptate (**Barbu**, 2006).

Anii ’90 au adus reforme la nivel instituțional (prin înființarea Secretariatului de Stat pentru Handicapați, a catedrelor de psihopedagogie specială la universitățile din București, Cluj și Iași, precum și a Institutului Național pentru Recuperare și Educație Specială a Persoanelor Handicapate), dar și ameliorarea condițiilor existente la nivelul grădinițelor și școlilor pentru surzi și hipoacuzici. În contextul destul de pestriț al organizațiilor nonguvernamentale implicate, mai mult sau mai puțin sistematic ori calificat, în acțiuni de ajutorare a persoanelor cu handicap auditiv, de înzestrare a instituțiilor dedicate educării și recuperării acestora sau de instruire a personalului de îngrijire, s-a remarcat aportul adus de Crucea Roșie Britanică în dotarea școlilor pentru deficienți de auz cu audiometre și proteze auditive.

Organizarea unităților de educație și recuperare pentru deficienții de auz se face în conformitate cu cap. VI din Legea Învățământului nr. 84/1995, actualizată la 05.12.2008 și cu Regulamentul de organizare și funcționare a învățământului special și integrat. Planurile-cadru și planurile de învățământ se aprobă prin ordin al ministrului (Ordin M.E.C.T. nr. 4920/22.09.2003 privind aprobarea Planului-cadru de învățământ pentru școlile speciale care școlarizează elevi cu deficiențe de auz). În prezent, curriculumul național pentru învățământul special și integrat se află încă în faza de proiect (http://www.edu.ro/index.php/articles/11370, dec. 2009).

Structura organizatorică a unităților de învățământ speciale de stat, destinate copiilor cu deficiențe de auz, cuprinde 8 grădinițe, 12 școli pentru surzi (dintre care una cu predare în limba maghiară), 2 școli pentru hipoacuzici, 4 grupuri școlare și 2 centre

şcolare pentru surzi (v. anexa nr. 1). Pe lângă acestea, există alte programe (inițiate de o.n.g.-uri, unități de terapie şi recuperare, de ocrotire ori şcolare, laice sau religioase, româneşti sau în colaborare cu persoane şi organizații străine), foarte diferite între ele sub raportul serviciilor educaționale, terapeutic-recuperatorii ori asistive, ca şi sub cel al finanțării, duratei de funcționare, calificării profesionale a personalului, ariei geografice de acoperire, categoriilor de subiecți acceptate etc. De exemplu, Grădinița pentru copii hipoacuzici nr. 65 din Bucureşti, înființată în anul 1967, şcolarizează copii cu deficiențe de auz de la vârsta de doi ani (implementând un curriculum specific), dar şi preşcolari normali, de la vârsta de trei ani, conform curriculumului național. Oferta educațională include terapie şi recuperare pentru copiii cu surdocecitate şi deficiențe asociate, recuperare psihopedagogică, recuperare logopedică, audiologie şi educație auditivă, intervenție timpurie pentru copiii aflați în situații de risc, consiliere parentală pe probleme de protezare, recuperare, implant cohlear, integrare şcolară. Centrul Şcolar pentru Educație Incluzivă „Constantin Pufan" din Timişoara include grădinița şi şcoala cu clasele I-VIII şi şcoala profesională specială, având înscrişi circa 100 de elevi cu deficiențe de auz şi asociate, cu vârste cuprinse între 3 şi 16 ani din județul Timiş şi din cele învecinate (http://scoli.didactic.ro/scoli/preview_profile.php?instance=221&more=istoric, dec. 2009). Centrul Şcolar pentru Educație Incluzivă „Elena Doamna" din Focşani continuă tradiția primei şcoli pentru deficienți de auz din România, oferind servicii educaționale şi recuperative pentru un număr de 265 de elevi cu vârste cuprinse între 3 şi 22 de ani, distribuiți pe toate palierele învățământului preuniversitar (de la grădiniță până la şcoala postliceală). Proiect inițiat de Ajutorul Popular Norvegian şi susținut de Consiliul Județean Caraş-Severin, Centrul de Educație Specială şi Recuperare pentru Copii „Primăvara" (1992) a fost donat Ministerului Educației Naționale la data de 13.03.1997. În 1995, a fost inițiat procesul de integrare a copiilor recuperați în unități de învățământ de masă. Din anul 2006, titulatura s-a schimbat în Centrul Şcolar pentru Educația Incluzivă „Primăvara" (http://www.centruprimavara.ro/, dec. 2009). Diversificarea ofertelor educaționale şi terapeutice, destinate persoanelor cu handicap auditiv, este inevitabilă în condițiile procesului globalizării şi al aderării țării noastre la Uniunea Europeană. Deşi amploarea fenomenului a fost percepută abia în ultimii ani, acesta s-a manifestat încă din anii '90, o dată cu accesul diverselor o.n.g.-uri străine în unități şcolare şi de îngrijire (cu precădere în fostele cămine-spital). Implicarea Crucii Roşii Britanice în ajutorarea copiilor cu deficiențe de auz din România continuă şi astăzi sub diferite forme (http://www.batod.org.uk/index.php?id=/publications/on-linemagazine/models/romania.htm, dec. 2009.).

Această diversificare a serviciilor educațional-terapeutice pentru persoanele cu handicap, în particular pentru copiii cu deficit auditiv, ridică în prezent o serie de dificultăți, pe de o parte legate de respectarea standardelor de calitate în furnizarea serviciilor respective, şi, pe de altă parte, în aderarea la un cod de bune practici în domeniu. În țările occidentale, şi mai ales în S.U.A. unde descentralizarea serviciilor oferite persoanelor cu handicap este maximă, există grupuri de sprijin şi specialişti care îi pot consilia pe părinți în alegerea celui mai bun program pentru copilul lor deficient de auz.

Înainte de toate, selecția porneşte de la opțiunea părinților pentru programe educaționale axate, predominant, fie pe comunicare orală, fie pe comunicare mimico-

gestuală, fie pe comunicare totală. Datorită ofertei dispersate de programe educaționale destinate copiilor surzi sau hipoacuzici, multe familii au devenit parte a fenomenului de „migrație în educația specială" (**Rosenthal**, 2001), adică își stabilesc domiciliul (temporar sau definitiv) în funcție de locația programului educațional considerat a fi cel mai potrivit pentru copil. Pentru reducerea la minimum a eforturilor destinate alegerii unui program educațional adecvat copilului surd sau hipoacuzic, **Rosenthal** (2001) propune parcurgerea următorilor pași:

1. *prospectarea ofertelor educaționale disponibile online*. În Statele Unite, Canada și Marea Britanie există atât site-uri specializate, cât și liste de link-uri către programe educaționale diverse. Reducerea numărului de oferte se face prin informare aprofundată (telefonic, e-mail, pliante de prezentare etc.). Mai nou, forumurile online de discuții specializate oferă perspective diverse, pro sau contra, în raport cu un program educațional și recuperator sau altul.
2. *vizitarea* școlii sau a instituției care organizează programul educațional ales (de preferință în cursul anului școlar, pentru a putea asista la activități).
3. *observarea* atentă nu numai a activităților în sine, dar și a comportamentului elevilor la clasă (sunt atenți și interesați de ceea ce se predă? I se dă fiecărui copil posibilitatea de a participa și interacționa cu ceilalți?). De asemenea, foarte importante sunt dotarea, iluminarea și acustica sălilor de curs.
4. *contactarea* cadrelor didactice și (pe cât posibil) a părinților altor elevi înscriși în program. Se recomandă ca părintele să-și facă singur o imagine despre personalitatea, gradul de implicare și stilul didactic al profesorului. În plus, se poate obține mai ușor răspuns la o serie de întrebări esențiale: Pot părinții asista liber la activități? Sunt părinții implicați în viața școlii? Există un comitet al părinților? Există grupuri (formale sau informale) de sprijinire a părinților? Ce cred părinții celorlalți elevi despre personal și condițiile oferite reprezintă o sursă alternativă de informație, în special despre acele aspecte mai puțin reușite care pot completa rubrica argumentelor „contra".
5. *pregătirea* întâlnirii cu un oficial din conducere. Întrevederea programată cu directorul școlii sau a programului trebuie structurată în funcție de o serie de întrebări-cheie:
   - Care este structura planului de învățământ?
   - Există programe distincte pentru scris-citit și matematică în afara celor cuprinse în programa școlară standard?
   - Ce alte activități parașcolare și extrașcolare sunt prevăzute și care este costul acestora?
   - Care este programul zilnic (incluzând atât orarul activităților școlare, cât și cel al rutinelor nedidactice)?
   - Au elevii acces la sisteme de ascultare FM în timpul activităților școlare?
   - Este angajat audiolog/audioprotezist cu normă întreagă? Cine se ocupă de remedierea problemelor apărute la protezele auditive, implanturile cohleare sau la aparatura asistivă?
   - Cât de des sunt elevii testați auditiv?
   - Cât timp liber au elevii la dispoziție în cursul zilei (inclusiv activități ludice în aer liber)?

- Există terenuri de joacă în jurul şcolii? Sunt acestea sigure pentru copiii cu implant cohlear? Există echipamente de joacă, locuri de socializare, mobilier urban adecvat?
- Se face testare şcolară în cursul anului şcolar, cât de des, de către cine? Sunt părinţii înştiinţaţi sau li se permite să asiste la testare?
- Li se permite părinţilor să observe în mod liber activităţile şcolare?
- Există oportunităţi de interacţiune cu elevi cu auz normal?
- La ce vârstă şi în ce proporţie copiii sunt incluşi într-un program incluziv? Ce criterii stau la baza deciziei că aceştia sunt pregătiţi?
- Există o perioadă de probă sau înscrierea se face pentru întreg anul şcolar?
- Care sunt calificările pedagogice ale personalului didactic ce se va ocupa de copil?
- Care este numărul maxim de elevi aflaţi în clasă?
- Care este raportul dintre numărul de cadre didactice şi elevi pentru fiecare clasă?
- Sunt cuprinşi în program şi elevi cu dizabilităţi multiple (surdocecitate, de exemplu)?
- Care este costul total sau pe pachete educaţionale?
- Există posibilităţi de sprijin financiar?

6. *compararea* ofertelor presupune luarea în considerare a calităţii programului, serviciilor de sprijin, fezabilităţii şi locaţiei. De asemenea, decizia trebuie să ia în calcul posibilităţile financiare ale familiei, implicaţiile asupra carierei profesionale a părinţilor, relaţiile sociale şi comunitare etc.

Asistenţa educaţional-terapeutică a copiilor, tinerilor şi adulţilor cu deficienţe de auz în S.U.A., de exemplu, presupune oferirea unui continuum de opţiuni prin regionalizare (California Department of Education, 2000). Astfel, plasamentul elevilor şi continuumul serviciilor includ, dar nu se limitează la:

- programe regionale care să ofere grupuri de vârstă apropiată în care se comunică în maniera folosită de către elevul respectiv, precum şi oportunităţi pentru instruire directă şi comunicare directă cu personalul şi cu cei de aceeaşi vârstă;
- şcoli speciale pentru deficienţi de auz, în sistem public;
- plasamente în instituţii de învăţământ obişnuite, cu servicii adiţionale şi de sprijin necesare (profesori itineranţi certificaţi pentru activitatea cu elevi deficienţi de auz, interpreţi în limbaj mimicogestual, tehnologie auditivă asistivă etc.);
- clase speciale (*special day classes*) – programe educaţionale intensive destinate, în principal, formării abilităţilor sociale şi capacităţii de autocontrol a comportamentului – precum şi programe tip resursă furnizate de un specialist (*resource specialist programs*) – desfăşurate fie în cadrul clasei obişnuite („push in model"), fie într-o clasă separată („pull out model") – ce pot include opţiuni de integrare inversă (*reverse mainstreaming*), integrare parţială şi predare în echipă (*team teaching*);
- şcoli din afara sistemului public de educaţie, instruire la domiciliu, instruire în cadrul unităţilor medicale etc.

Selecţia unui program anume este determinată de maniera proprie de comunicare, precum şi de alte cerinţe speciale ale elevului cu deficienţe de auz. Echipa care a elaborat Planul Educaţional Individualizat este cea responsabilă de luarea deciziei cu privire la cea mai bună opţiune de plasament educaţional al elevului, precum şi la setul de servicii adiţionale şi de sprijin necesare. Astfel, pot fi recomandate (*apud* California Department of Education, 2000, pp. 45-48):

1. *Programe educaţionale obişnuite*

Pentru anumiţi elevi surzi sau hipoacuzici, plasamentul în clase obişnuite poate fi cel mai indicat, dacă sunt operate anumite ajustări şi suplimentări referitoare la maniera de comunicare, amplificarea auditivă, tehnologie asistivă, servicii specializate. Acest tip de program este ales dacă sunt întrunite condiţiile următoare:

- elevul are acces total la comunicare în clasă;
- elevul se poate exprima oral şi poate recepta labiolectural şi auditiv toate informaţiile vehiculate în clasă (sau, dacă nu, poate avea acces suficient la informaţie prin intermediul unui interpret în limbaj mimicogestual, transliterare în vorbire asistată gestual – *Cued Speech* –, subtitrare în timp real sau luare de notiţe);
- este disponibil un profesor itinerant certificat pentru activitatea cu elevi surzi sau hipoacuzici care să ofere servicii directe şi consultative pe termen nedeterminat;
- se poate apela la interpreţi atât pentru activităţile didactice, cât şi pentru cele extracurriculare;
- profesorul titular al clasei beneficiază de timp suficient pentru a ajuta elevul deficient de auz să îndeplinească cerinţele şcolare;
- nivelul dezvoltării sociale şi emoţionale atins de elev corespunde celui mediu al clasei în care este înscris;
- elevul se poate concentra asupra sarcinilor şcolare, este capabil să înţeleagă şi să urmeze indicaţiile cadrului didactic;
- elevul manifestă o performanţă lexică apropiată celei medii a clasei în care este înscris;
- factorii ambientali (iluminare, zgomot de fond, localizare a clasei, vizibilitate a echipamentelor de alarmare în caz de urgenţă) sunt luaţi în considerare.

2. *Modelul coparticipativ* (*General Education Co-Enrollment Model*)

Modelul coparticipativ presupune înscrierea atât a elevilor deficienţi de auz, cât şi a celor cu auz normal într-o clasă comună în care este implementat curriculumul şcolii de masă. Procesul de predare – învăţare – evaluare este dirijat concomitent de doi profesori, unul pentru elevii cu deficienţe de auz, iar celălalt pentru elevii obişnuiţi. De precizat faptul că ambii profesori sunt calificaţi să comunice cu elevii deficienţi de auz în maniera favorită a acestora de comunicare.

3. *Programe tip resursă, furnizate de un specialist* (RSP – *resource specialist programs*)

Sunt adecvate elevilor deficienţi de auz care necesită instruire individualizată la un nivel minimal. Profesorul RSP organizează şi coordonează programul-resursă, fiind în măsură să planifice sarcinile asistenţilor săi care lucrează fie în mod individual, fie cu grupuri

mici de elevi deficienți de auz. Specialiștii din cadrul programului-resursă ajută elevii integrați în clasa obișnuită, îndeosebi la activități ce necesită folosirea intensivă a comunicării verbale (scris-citit, matematică) atât în cursul activităților didactice la clasă ('push in model'), cât și în afara acestora ('pull out model'). Primul model de program-resursă este de regulă preferat de elevi deoarece, pe de o parte nu implică scoaterea lor din programul zilnic al clasei, iar pe de altă parte nu solicită timp suplimentar dedicat exersării și consolidării deprinderilor de scris, citit și calculat alături de elevi selectați după criteriul performanței și nu cel al vârstei sau al grupului de apartenență. Al doilea model este frecvent aplicat atunci când asistența în clasă nu produce rezultatele scontate sau când intervenția specialistului are efecte disruptive asupra celorlalți elevi (cum ar fi distragerea atenției, diminuarea ritmului obișnuit de desfășurare a activităților didactice, amplificarea tendinței de segregare a elevului deficient de auz de către colegii săi). Evaluarea continuă a evoluției elevilor în sfera achiziției, exersării și consolidării deprinderilor de tip academic determină revizuirea opțiunii pentru unul sau altul dintre modele.

4. *Clase speciale* (*special day classes*)

Elevii deficienți de auz care necesită sprijin intensiv pentru formarea abilităților de tip academic, de integrare socială și de comunicare pot fi repartizați într-o clasă specială fie pe toată durata orelor, fie pentru un anumit interval de timp. Un profesor calificat în educarea elevilor deficienți de auz oferă instruire directă cu accent pe dezvoltarea abilităților de comunicare, achiziționării limbajului, dezvoltării conceptelor și formării deprinderilor de tip academic pe baza unui curriculum de bază, specializat. Unii elevi deficienți de auz pot participa alături de colegii lor obișnuiți la activități cu caracter teoretic-cognitiv sau practic-aplicativ.

5. *Școli speciale în sistem public*

Această soluție este aleasă atunci când toate celelalte opțiuni disponibile nu satisfac în mod convenabil necesitățile educative, sociale și de comunicare ale elevului cu deficiențe de auz. Cu o suprafață de aproape două ori mai mare decât a României și o populație de circa 37 de milioane de locuitori, California are doar două școli speciale pentru surzi (una în Riverside și alta în Fremont). Explicația constă în aceea că marea majoritate a copiilor cu deficiențe auditive este cuprinsă în programe locale și prin urmare nu este dislocată din comunitate. Elevii sunt acceptați pentru școlarizare doar dacă districtele școlare locale sau sectoarele ce au un plan local pentru educația specială (SELPA – *Special Education Local Plan Areas*) nu pot înscrie suficient de mulți elevi deficienți de auz pentru demararea unui program educațional comprehensiv sau atunci când unul sau altul dintre elevi necesită instruire specializată și echipament asistiv ce exced resursele pe plan local. De asemenea, opțiunea pentru școala specială este luată în considerare dacă distanța până la instituția care desfășoară programul sau timpul necesar deplasării către și de la aceasta sunt nerezonabil de mari.

6. *Instituții din afara sistemului public*

Echipa responsabilă de Planul Educațional Individualizat este în măsură să decidă ce program, instituție, agenție sau organizație nonguvernamentală oferă serviciile necesare elevului deficient de auz indisponibile în sistem public.

Evident, organizarea unităţilor de educaţie şi recuperare pentru deficienţii de auz şi alocarea fondurilor necesare depind esenţial de nivelul de dezvoltare socială şi economică a comunităţii respective, dar şi de gradul ei de educaţie civică.

2. METODOLOGIA DEMUTIZĂRII ŞI PROTEZĂRII

Procesul de demutizare. Caracterizare. Laturi

În centrul psihopedagogiei deficientului de auz, potrivit curentelor exprimate de literatura de specilitate contemporană stă problema achiziţiei unui instrument de comunicare, limbajul verbal sau limbajul mimicogestual, ca mijloace de codificare obiectivă a ideaţiei, ce fac posibilă funcţia de comunicare sub aspectul atât al recepţiei, cât şi al emisiei şi deschid perspectiva dezvoltării armonioase a personalităţii întrun context stimulativ social.

Astăzi, ca şi în urmă cu două sute de ani, accentul se pune pe dezvoltatea limbajului verbal, ca proces complex de înlăturare a mutităţii, prin folosirea căilor organice nealterate, cât şi pe baza compensării funcţionale, limbaj ce reprezintă elementul esenţial al procesului de recuperare psiho-socială a deficientului de auz.

Caraman, L. M. şi **Caraman, A.** (1983, pag. 9) definesc demutizarea ca fiind „un ansamblu de activităţii de învăţare (de formare şi dezvoltare a comunicării prin limbaj) a copiilor cu insuficienţe grave de auz”, activităţi ce se desfăşoară individual sau în grupuri, având conţinuturi şi o metodologie specifică, se desfăşoară în cabinete, dar şi în orele de clasă, în şcoală, dar şi la nivelul familiei.

Aceiaşi autori se referă la activităţile de structurare a limbajului, ca fiind împărţite în două mari categorii după cadrul în care se desfăşoară:

- activităţile-exerciţii, ce se organizează în context natural situativ, implicând parcurgerea momentelor din programul zilnic al copiilor;
- activităţile de învăţare în clasă, în condiţiile orei şcolare.

Demutizarea presupune recepţia vorbirii implicând labiolectura şi utilizând mijloace naturale, dar şi tehnice care potenţează auzul restant şi, de asemenea, presupune emisia vorbirii, articulaţia. Articulaţia este corelată cu însuşirea grafemelor în vederea comunicării verbale nu numai pe cale orală dar şi în scris.

Surditatea este urmare a unui defect organic instalat la nivelul diferitelor părţi ale aparatului auditiv: timpan, membrana bazilară, organul Corti etc. Mutitatea este o consecinţă a surdităţii, o tulburare funcţională consecutivă defectului organic. Surditatea determinată de defectul organic, are ca efect neînsuşirea limbajului verbal ca o consecinţă a deficitului primar.

Dezvoltarea psihică ce manifestă anumite aspecte de specificitate, mai ales în cazul deficientului de auz nedemutizat sau demutizat târziu, este o consecinţă terţiară a defectului primar, cauzată de absenţa limbajului sau de tulburările grave din sfera limbajului şi comunicării.

Surdopedagogia înţelege prin demutizare însuşirea limbajului verbal ca mijloc principal în formarea personalităţii cât mai armonioase a deficientului de auz.

Demutizarea presupune însuşirea a trei laturi:

- însuşirea laturii fonetice a unei limbi; articularea fonemenelor, a structurilor fonetice specifice fiecărei limbi;
- însuşirea lexicului, a cuvintelor sau a vocabularului acelei limbi;
- însuşirea structurii gramaticale a limbii.

Ele acţionează în strânsă legătură şi trebuie însuşite în scopul formării comunicării verbale, dar şi a gândirii noţionale specific umane. Când limbajul devine instrument al gândirii, demutizarea îşi atinge scopul.

În secolele al XVIII-lea şi al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea, prin demutizare se înţelegea în primul rând însuşirea laturii fonetice, aspectul lexical şi gramatical beneficiind de o metodologie mai puţin eficientă, cu toate că latura pragmatică a limbajului verbal era obiectivul principal al educaţiei surzilor. În sens restrâns, prin demutizare se înţelege, şi în prezent, însuşirea sistemului fonetic cu un minim de vocabular şi cu unele modele de construcţii gramaticale pentru facilitarea comunicării verbale. În acest sens, se acţionează uneori şi astăzi în şcoala specială.

Dar demutizarea are şi un sens larg ce se asimilează cu educaţia permanentă care nu se sfârşeşte doar cu comunicarea orală şi încheierea unui ciclu şcolar. Ea se identifică cu dezvoltarea personalităţii, în general, şi se prelungeşte şi în timp pentru că deficienţii de auz în permanenţă vor întâlni structuri fonetice şi lingvistice, cât şi expresii noi pe care trebuie să le asimileze. De aceea, demutizarea este un proces complex şi de lungă durată ce interacţionează la nivelul tuturor structurilor psihice. În acest sens, deficienţii de auz ar trebui să se bucure de sprijin prin sistemul de asistenţă socială ce vizează şi sprijinul lingvistic chiar şi după perioada de şcolarizare.

Majoritatea studiilor sunt concentrate pe componenta fonetică a limbajului, pentru că se acordă formei orale a limbajului verbal un rol deosebit dar se pun în evidenţă mai puţin aspectele legate de semantică. Studiile au fost centrate asupra particularităţii pronunţiei structurilor fonetice, sunetul verbal fiind situat în centrul atenţiei surdologilor.

Lucia Măescu-Caraman (1983) recunoaşte că în sistemul nostru metodic se acordă o atenţie centrală pronunţiei sunetului ca unitate a structurii lingvistice.

Alţi cercetători precum, **I. Stănică** (1983), **V. Ţârdea** (1974), **C. Manolache** (1980) au fost impresionaţi de importanţa laturii fonetice a limbii şi au scris metodologii în care se redau pe larg sistemele şi metodele pronunţiei sunetelor. Această prioritate asupra componentei fonetice a vorbirii, deci asupra laturii articulatorii, este o expresie a metodei orale de demutizare şi nu pune accent suficient pe latura semantică, de înţelegere a structurii verbale cu sens, pe transformarea acestei structuri verbale în instrument de gândire. De aceea, intervenţiile recuperatorii actuale tind să modifice această atitudine exclusivistă.

O altă tendinţă unilaterală este şi cea care tratează global însuşirea vorbirii şi acordă o atenţie insuficientă realizării laturii fonetice. În cadrul acestei abordări metodologice se pledează pentru a considera vocabularul şi volumul informativ din conţinutul învăţământului special pentru surzi identic cu cel din cadrul învăţământului de masă. Or, aceasta este o exagerare pentru că în marea lor majoritate copiii cu deficienţă de auz prelinguală nu pot face faţă unui învăţământ de masă în mod curent, ci doar cu

sprijin special, iar conţinutul învăţământului trebuie să fie adaptat nivelului de dezvoltare lingvistică, dar şi intelectuală a acestor copii.

Unii surdopsihopedagogi neputând nega rezultatele slabe ale demutizării: inteligibilitatea vorbirii redusă, inflexibilitatea gândirii deficientului de auz, pronunţia defectuoasă, au ajuns la concluzia că este necesară o regândire a proceselor de educare şi recuperare în ansamblu.

În ultimele decenii rezultate deosebit de încurajatoare s-au profilat o dată cu dezvoltara intervenţiei timpurii în ceea ce priveşte protezarea şi susţinerea comunicării copiilor deficienti de auz.

Intervenţia timpurie în educaţia deficientului de auz

Este o certitudine în zilele noastre faptul că succesul dezvoltării echilibrate şi al integrării şcolare a deficienţilor de auz îl constituie depistarea şi diagnosticarea precoce a pierderii de auz, urmată de protezarea auditivă adecvată precum şi de intervenţia educaţională timpurie. Ţările cu o dezvoltare socio-economică solidă dezvoltă programe naţionale de intervenţie timpurie în care echipa de specialişti şi părinţii sunt parteneri egali în a sprijini copilul deficient de auz să beneficieze de auzul restant şi să-şi dezvolte un mijloc de comunicare, în special limbajul verbal. Părinţii, profesorii, clinicienii şi asistenţii sociali sunt persoanele cheie, care trebuie să urmărească îndeaproape programul de recuperare de acasă pentru copiii deficienţi de auz.

Echipa de profesionişti ajută părinţii să treacă peste şocul diagnosticului, să vadă copiii în primul rând ca pe nişte copii şi în al doilea rând ca pe nişte copii cu handicap, care nu aud cu o ureche sau cu ambele urechi. Părinţii în primul rând, ca principal factor în dezvoltarea psihică a copilului, trebuie să dobândească un echlibru interior care să le permită să se asigure că copilul lor nu este lipsit de nici o oportunitate de a avea contact cu lumea şi de a-şi folosi restantul auditiv.

Fiecare copil este supus unui program de intervenţie personalizată la domiciliu unde beneficiază de aparate de amplificare auditivă personale. Părinţii şi copiii sunt învăţaţi să ajusteze aparatul auditiv, să amplifice sunetele în mediul ambiental al copilului, să-i schimbe bateria,să aibă o interacţiune comunicaţională destinsă şi firească; niciuna dintre activităţile ludice pe care le face mama cu copilul auzitor sau din elementele ludice iniţiate de copilul auzitor şi preluate sau susţinute de adult, nu trebuie evitate cu deficientul de auz; cu atât mai mult , părinţii sunt învăţaţi să susţină iniţiativa copilului pentru a-i oferi cât mai multe experienţe lingvistice.

În multe ţări funcţionează centre preşcolare, deosebit de importante pentru dezvoltarea copiilor deficienţi de auz, unde educaţia e începută de la vârsta de 3 ani. Aceste centre folosesc programe bazate pe amplificarea dată de echipamentele electronice care ajută copiii să folosească la maxim resturile lor de auz şi scopul lor este susţinerea dezvoltării comunicării acestora, fie orale, fie totale.

Antrenamentul de acasă al copilului este performant dacă îl ajută şi părinţii care sunt, la rândul lor, sprijiniţi de specialiştii care aparţin acestor centre. Asistenţii sociali şi/sau profesorii itineranţi vizitează în mod regulat domiciliul copiilor pentru a-i sfătui şi a-i ajuta pe părinţi cu orice probleme care pot apărea în fiecare zi. Anii petrecuţi de către copii la aceste centre, le asigură o bază sau chiar un program întreg de educaţie oral-

auralistă, auditiv-verbală. Folosind abordarea timpurie, atitudinea copiilor cu privire la sunete se îmbunătățește. Întârzierile în vorbire și în dezvoltarea verbala sunt înlăturate la o bună parte din copii sau cel puțin întârzierea progresivă este încetinită. În acest context, integrarea într-o școală normală este un deziderat care se realizează tot mai frecvent.

Țelul educației preșcolare este să ajute dezvoltarea abilității copilului de a achiziționa limbajul necesar pentru a coopera cu copiii auzitori și pentru a obține o educație adecvată.

Structura fonetică a limbii

În procesul demutizării, specialistul trebuie să aibă cunoștințe din diverse domenii, precum cel al ortofoniei, al psiholingvisticii, al gramaticii, al acusticii, al psihologiei, al surdodidacticii etc.

Se știe că oamenii comunică în propoziții; acestea sunt împărțite în unități sonore cu semnificații distincte, cuvintele, îmbinate după reguli gramaticale. Cuvintele sunt împărțite în unități sonore mai mici, silabele, iar silabele pot fi analizate până la sunetele articulate, fonemele. Fonemele au mai multe nuanțe. Un fonem prezintă numeroase variante după poziția și mișcarea organelor fonatoare. "E" se rostește într-un anumit fel la începutul sau la mijlocul cuvântului și în alte feluri în silabe accentuate sau neaccentuate. În cuvântul ***eu***, **e** se aude **i**, în această poziție **e** este iotacizat ia forma de **i**. Și consoanele prezintă nuanțe diferite din punct de vedere acustic. Din variantele unui fonem, una este tipică și se numește varianta fundamentală și este cea mai puțin supusă modificării; celelalte sunt variante condiționate de poziția lor în cuvinte. Varianta fundamentală și variantele condiționate reprezintă sunetele limbii.

În limba română, în vorbirea curentă se pot distinge 78 de sunete. Sunetele vorbirii sunt mai numeroase decât fonemele reprezentate prin variantele fundamentale. În foneme sunt reunite toate variantele sunetelor apropiate semantic și acustic. Sunetele vorbirii constau din sunete muzicale și diferite zgomote. Sunetele muzicale sunt vocalele, celelalte sunete, care nu sunt muzicale, sunt consoanele.

În fiecare limbă există un număr diferit de foneme cărora le corespund câte un grafem. În fonetica română există 7 vocale și 26 de consoane.

În demutizare se ține cont nu numai de foneme, dar și de emisia corectă a diftongilor și triftongilor, grupurile consonatice, de poziția corectă a unuia și aceluiași fonem în diferite poziții în cuvinte. Din punct de vedere psihoacustic, după intensitatea sonoră, vocalele ocupă primul loc între foneme.

Pentru percepția clară a fonemelor o mare importanță o are tonalitatea în raport cu intensitatea sonoră. De exemplu, între 200 - 400 Hz vocala **i** (este o frecvență joasă), prezintă cea mai mare intensitate - 40 dB, dar se aude **u**. Octava la care se percepe optim este între 3200 - 6400 Hz, iar în această poziție are intensitate de 11 dB când urechea umană îl percepe ca pe **i**.

De aceste aspecte se ține cont când avem de a face cu un copil surd și protezat. Analizând raportul dintre analizatorii fonetici, structura și percepția fonemului rezultă că deși ele reprezintă o oarecare analogie sunt totuși disproporționale și anume articularea produce un spectru sonor mult mai mare decât cel necesar pentru producerea fonemului. Fonoarticulația are o anumită largheță, nu poate preciza clar un sunet izolat. Din

articulaţia sunetului **i** nu se poate elimina sonoritatea din partea posterioară ce apare în faringe şi în cavitatea bucală inferioară. Ce nu reuşeşte să elimine articularea se realizează prin selecţia indicilor auditivi din spectrul sonor al cuvintelor. Această polivalenţă a vocalelor oferă posibilitatea perceperii în mod diferit şi stă la baza erorilor de identificare la deficienţii de auz, la dislalici şi la persoanele străine. Şi persoanele cu auz normal percep în mod diferit unul şi acelaşi sunet.

Toţi pot să audă la fel, dar structurează diferit în funcţie de limba maternă.

Disciplina care studiază emisia corectă a sunetelor şi a vorbirii este **ortofonia.** În instituţiile pentru deficienţii de auz scopul ortofoniei este învăţarea pronunţiei corecte a sunetelor în vederea realizării unei comunicări verbale inteligibile. Actul de emitere a sunetelor se numeşte fonaţie şi nu se poate afirma că există un organ cu o funcţie specială proprie. La actul fonaţiei participă organe care, ocazional şi secundar, execută această funcţie. Fiziologic, aceste organe sunt extrafonatorii. Aparatul vocal are în primul rând funcţie respiratorie. Filogenetic, funcţia fonatorie apare ultima, concomitent cu organizarea specială a centrilor nervoşi. Ca urmare a unui proces de adaptare, funcţia fonatoare este impusă unor organe care nu au fost prevăzute special cu elemente senzoriale şi motorii adaptate actului vocal. Asocierea senzorio-motorie proprie fonaţiei este coordonată de anumite structuri ale sistemului nervos central. Organele ce intră în conţinutul facial fac parte din aparatul fonator împreună cu elemente ale aparatului digestiv şi al celui respirator.

Organele fonatoare cuprind:

- segmentul orificiilor (regiunea nazală + labială);
- segmentul buco-nazal (cavitatea foselor nazale, gura cu anexele: arcadele dentare, regiunea palatină, limba);
- segmentul nazo-bucal (faringele nazal şi bucal).

Regiunea superioară a foselor nazale constituie o zonă olfactivă cu pata olfactivă, iar zona inferioară, constituie zona respiratorie cu rol în actul fonaţiei. Orificiul trompei lui Eustachio se deschide în faringele nazal, iar permeabilitatea trompei joacă un rol foarte important în funcţia auditivă de care este strâns legată fonaţia. Cavitatea bucofaringeală constituie pavilionul faringo-bucal ce se cuplează cu laringele; importanţa acestei cuplări materializându-se prin influenţa asupra vibraţiei corzilor vocale şi a timbrului vocal.

Laringele este format din mai multe segmente anatomice. Toate cartilajele sunt unite prin ligamente şi muşchi şi formează coardele vocale, care în sus sunt fixate de osul hioid şi baza limbii, în jos, de primul inel traheal şi înapoi de faringele cervical.

Coardele vocale superioare, în număr de două, şi cele inferioare sau adevărate, două, de asemenea, împart cavitatea laringelui în trei etaje:

- etajul superior sau vestibulul care se divide în orificiul laringian superior şi larg deschis dirijat în sus şi vestibulul propriu zis în forma unei pâlnii cu coardele vocale superioare;
- etajul glotic este format din spaţiul cuprins între coardele vocale inferioare şi între apofizele vocale ale anumitor muşchi (aritenoizi) şi glotă;
- etajul subglotic este situat în jos şi se continuă cu traheea.

Din punct de vedere al formării unei vorbiri corecte şi inteligibile, există mai multe **sarcini ortofonice**.

- Formarea şi exersarea respiraţiei verbale.
- Exersarea organelor ce participă în fonaţie şi pregătirea lor pentru emiterea sunetelor.
- Educaţia senzorială; educarea sensibilităţii vibro-tactile şi interacţiunea analizatorilor.
- Emiterea şi formarea vocii.
- Emiterea şi automatizarea sunetelor.
- Activitatea de corectare a defectelor de pronunţie.
- Coarticulaţia.
- Învăţarea elementelor prozodice ale limbii: ritmul, accentul şi intonaţia.
- Inteligibilitatea vorbirii.

Deficitul de auz determină particularităţile activităţii verbale ce se reflectă în recepţia şi transmiterea mesajelor. În ceea ce priveşte mecanismele articulaţiei şi ale comunicării verbale există diferenţe între auzitor şi deficientul de auz. La auzitor, organele de simţ şi articularea se exersează spontan, iar vorbirea se însuşeşte prin imitarea modelelor verbale sonore. Acest proces presupune mai multe etape ce se desfăşoară într-un anumit ritm:

a. perceperea, exersarea şi întipărirea modelului verbal acustic (foneme, structuri fonetice);
b. transferarea modelului acustic într-un model verbal motric, aproximativ la început;
c. reproducerea sau aproximarea modelului motric pe baza modelului acustic;
d. compararea modelului verbal motric cu cel auditiv care, prin tatonări, va conduce la asocierea corectă şi trainică a modelului verbal motric acustic.

Auzitorul ajunge să articuleze corect chiar fără control auditiv constant.

Spre deosebire de auzitori, la deficienţii de auz neexistând un model acustic nu există posibilitatea transferării acestuia în model verbal motric; în acest caz, se procedează la palpare laringeală şi la autoreglarea mişcării proprii după modelul profesorului, apoi după indicaţiile verbale ale acestuia şi prin observare concomitentă a mişcărilor specifice ale organelor fonatorii se realizează asocierea dintre modelul verbal motric şi imaginea labio-vizuală corespunzătoare. Imaginea labio-vizuală constituită poate declanşa singură mişcări verbo-motorii corespunzătoare. La surzi, procesul autoreglator, feed-back-ul, se realizează iniţial prin palparea organelor fonatorii şi intuirea vizuală a mişcării buzelor, natural sau cu aportul tehnicilor compensatorii. Corectarea vorbirii se poate face imediat după pronunţarea fiecărei structuri sau mai târziu după pronunţarea întregii expresii verbale.

Respiraţia şi fonaţia

Aparatul respirator este format dintr-un segment periferic, organe executorii şi un segment central.

Respiraţia este actul reflex, automat ce se produce în două faze: inspiraţie şi expiraţie şi are rol dublu - biologic şi fonator.

Expiraţia fonatoare este diferită de expiraţia fiziologică ca durată, dar şi prin participarea în plus a muşchilor coloanei vertebro-dorsale. Ritmul respirator este adaptat la necesitatea emiterii sunetelor, astfel inspiraţia se scurtează, iar expiraţia se lungeşte. Raportul dintre inspiraţie şi expiraţie, în fonaţie, este de 1/16. Respiraţia poate fi nazală, bucală şi buco-nazală.

La copiii surzi apare, uneori, un dezacord între fonaţie şi expiraţie ce se reflectă în expresia fonetică şi are drept cauze: insuficienţa în debitul de aer şi presiune internă şi poziţia defectuoasă a aparatului fonator în timpul fonaţiei.

Există mai multe **tipuri de respiraţie**: costo-diafragmatică, diafragmatică/ abdominală, costală/toracică, claviculară, costo-claviculară.

Respiraţia claviculară şi costo-claviculară provoacă mişcări convulsive ale muşchilor gâtului, este obositoare şi provoacă tulburări ale fonaţiei.

Respiraţia fonatorie fiind intenţionată în cazul copiilor deficienţi de auz este controlată de creier iar în actul demutizării este necesar să se obţină o motivaţie conştientă a copilului pentru vorbire şi deci pentru tot ansamblul de exerciţii pe care acesta trebuie să le facă. Respiraţia mixtă, costo-diafragmatică, este specifică fonaţiei, de aceea,, trebuie exersat actul respirator cu copiii surzi, aerul trebuind să fie expirat pe gură, pentru formarea unei voci naturale. În acest scop, sunt recomandate anumite tipuri de exerciţii pentru reglarea expiraţiei:

- exerciţii de expiraţie lungă şi lină fără vocalizare sau cu vocalizare;
- exerciţii de suflat în scopul scoaterii aerului pe gură şi nu pe nas: se suflă flacăra unei lumânări, balon, fluiere, muzicuţă, fulgii de pene, baloanele de săpun etc.;
- exerciţii de emitere a onomatopeelor, a silabelor, a propoziţiilor simple.

Exersarea organelor ce participă în fonaţie

La copilul auzitor, organele fonatorii se exersează în mod spontan, neputându-se spune acelaşi lucru şi despre copilul surd. La surdul prelingual, acestea cunosc o anume exersare în perioada gânguritului care din cauza absenţei feed-back-ului este redus, neevoluând în fazele specifice dezvoltării limbajului verbal oral. De aceea, maleabilitatea organelor fonatoare se realizează organizat prin multiple exerciţii ce se desfăşoară atât separat, cât şi concomitent cu formarea experienţei verbale, cu exersarea analizatorilor valizi şi a sunetelor; cu exersarea sensibilităţii vibro-tactile. Aceste exerciţii constau în mişcări de mobilizare a maxilarului inferior(dreapta, stânga, jos, rotire); a limbii (alternare între contracţie şi relaxare, rotire interioară rotire exterioară, perierea dinţilor); a buzelor(alternare între relaxare, întindere, ţuguire); a obrajilor(supţi, umflaţi, cu expulsie de aer sau fără); de ridicare şi coborâre a vălului palatin etc.

Educaţia senzorială

Educaţia senzorială, în cazul copiilor deficienţi de auz, vizează formarea şi dezvoltarea controlului şi autocontrolului vizual, vibrotactil, kinestezic şi al auzului rezidual pe care se bazează procesul de articulare verbală.

Educația senzorială se realizează atât în mod „ocazional”, în procesul de învățământ, la diferitele discipline școlare, cât și în mod „organizat”, în ore destinate exersării și dezvoltării auzului, a vorbirii, a labiolecturii.

Subliniem însă faptul că deși în planurile de învățământ ale instituțiilor pentru deficienți de auz există ore speciale pentru dezvoltarea auzului și a vorbirii, în practica demutizării, exercițiile senzoriale care vizează educarea sensibilității auditive și vibrotactile nu se desfășoară întotdeauna cu rigurozitate și în condiții optime.

Având în vedere specificitatea fiecărui aparat fonator, a particularităților pronunției determinate de închiderea (sau deschiderea) și de localizarea orificiului generator cu acțiune directă asupra organelor efectoare ale vorbirii (limbă, buze, diafragmă, coarde vocale etc.), precum și asupra tuturor factorilor fonologici (timbrul vocal, intensitatea sonoră, presiune internă, vibrații externe, poziția vălului etc.), se recomandă ca educația senzorială să se realizeze cât mai mult cu putință în mod individual.

Măsurile educative, în cazul antrenamentului senzorial, sunt generate de structura mecanismului de reglare corticală a activității organelor efectoare pentru limbaj.

Pentru activarea aferentațiilor aparatului fonator sunt necesare anumite precizări și anume că la copilul surd, organele efectoare ale aparatului articular sunt intacte (exceptând cazurile foarte rare de malformații sau paralizii), dar deoarece aferentațiile kinestezice și vibrotactile nu sunt complet constituite de la naștere, ele trebuie să se formeze în cursul vieții, deci se învață în urma exercițiilor din cadrul procesului de demutizare.

În educația senzorială se urmăresc câteva obiective sesizate și abordate în maniere proprii, atât de **Guțu, M.** (1975), **Stănică, I.** (1983) sau alți specialiști.

1. Evaluarea potențialului auditiv, vizual și vibrotactil.
2. Stimularea și exersarea potențialului auditiv atât pentru orientarea în mediul ambiant cât mai ales pentru recepția și emisia limbajului verbal articulat.
3. Cunoașterea, conștientizarea și implicarea regulilor proprii vibratorii în realizarea actului fonator.
4. Educarea sensibilității vizuale pentru susținerea procesului de decodificare și de articulare a mesajelor sonore verbale.

Educația auditivă

În raport cu scopul urmărit și cu stadiul de dezvoltare al copilului deficient de auz, educația auditivă presupune o acțiune pedagogică diferențiată. La înscrierea în instituțiile speciale, deficientul de auz are stabilit un mod de contact cu lumea ce este bazat pe recepție vizuală și pe un minim de lectură labială. Cu cât deficientul de auz este școlarizat și protezat mai târziu, cu atât sunetele ce le-ar putea percepe auditiv sunt neglijate, fiind tentat să ignore sau să refuze lumea sonoră.

Activitatea de educare a auzului începe prin diagnosticarea și cunoașterea capacității de auz specifică fiecărui copil deficient de auz și se desfășoară în cabinete fonice și de audiologie și, în unele cazuri, în săli de clase bine amenajate.

În educația auzului, după experiența laboratoarelor de audiologie educațională, sunt necesare realizarea următoarelor obiective operaționale ce se ating printr-o metodologie specifică **(Tuker și Nolan,** 1984), **(Popa, M.,** 2002):

1. Să asculte; este procesul de adaptare la o amplificare permanentă. Copilul va fi direcționat spre a asculta zgomotele din jur, vorbirea mamei, a specialistului etc.

2. Scopul este îndreptarea atenției copilului spre ascultare, atrăgându-se atenția către sunetele care-l încurajează și pentru dezvoltarea unei reacții adecvate la aceste sunete.

3. Copilul este învățat să localizeze sunetul.

4. Copilul trebuie învățat să diferențieze sunetele familiare (jucăriile sonore și identificarea lor după sunet); să se orienteze în mediul sonor ambiant; să asculte și să reacționeze spontan la sunete.

În prima perioadă, educația auditivă are un caracter pasiv; vom lăsa copilul să asculte nesilit ce vrea el, observând cum reacționează, cum se dezvoltă audiția.

5. Identificarea și interpretarea progresivă a sunetelor neverbale; se exersează și voluntar atenția copilului oferindu-i, spre ascultare o bandă imprimată cu sunete familiare din mediul ambiant și din exterior.

6. Identificarea și diferențierea sunetelor verbale: vocea unei femei, a unui bărbat, a unui copil, voci de grup, a unei singure persoane; se fac exerciții pentru recunoașterea unor persoane apropiate copilului,față de altă voce necunoscută;exercitii pentru a se acomoda cu diferite timbre de voci și diferite intensități.

7. Exerciții pentru identificarea și diferențierea unor structuri verbale (vocale izolate **a, u, o, e, i, ă, u**); identificarea și reproducerea consoanelor, se sugerează începerea cu l, m, n, r continuând cu celelalte în ordinea audibilității lor; dictarea/emiterea unor cuvinte monosilabice de către profesor pe care copilul va trebui să le identifice și apoi să le reproducă; exerciții de diferențiere a silabelor și cuvintelor asemănătoare prin componența lor fonetică.

8. Exerciții de distingere a elementelor prozodice ale limbii: ritm, accent, intonație.

9. Exerciții pentru perceperea unor comenzi; pentru receptarea auditivă a întrebărilor profesorului în legătură cu o activitate desfășurată într-un moment anterior sau un text util;. de identificare a lecturii altui elev.

10. Implicarea copilului într-un dialog cu un alt copil.

Există un anumit moment în activitatea de dezvoltare a vorbirii când este implicat auzul în mod special și anume în activitatea de corectare a pronunției. Se procedează la executarea unor exerciții de sonorizare în cazul când consoanele sonore sunt înlocuite cu cele surde și în anumite cazuri exerciții de desonorizare. Exerciții de eliminare a sunetelor parazite pe care copiii le așează între consoane; exerciții de diferențiere a sunetelor apropiate ca loc și mod de articulație, exerciții de corectare a consoanelor șuierătoare (se pronunță ș spre h).

11. Dictarea auditivă are rolul de control asupra diferențierii fonemelor și de înțelegere a limbii auzite. Se procedează la dictări fără paravan și cu paravan, de sunete izolate pe care ei le reproduc auditiv și le scriu, silabe, grupuri de silabe pe care trebuie să le diferențieze să le reproducă și să le scrie; propoziții scurte, sintagme și apoi fraze. În activitățile de educație a auzului, se folosește de multe ori paravanul, mai ales în cazul

copiilor cu deficiență de auz medie. Acest paravan este un dreptunghi confecționat din carton, care trebuie să fie ușor și să nu vibreze. El este folosit pentru acoperirea feței profesorului, limitând astfel copilul doar la recepția auditivă a modelului verbal. Este folosit în clasă la efectuarea apelului, când reglăm potențiometrul fiecărui aparat auditiv, în diferite faze de activitate pentru reactualizarea unor cunoștințe, receptarea unor comenzi etc.

Elevii programați pentru educație auditivă și pentru dezvoltarea limbajului verbal se organizează în grupe formate din 2-3 copii pentru crearea sentimentului de competiție. Grupele se pot forma în funcție de nivelul de pierdere a auzului, de nivelul de dezvoltare al comunicării, de specificul deficienței de pronunție.

Educația sensibilității vibrotactile

Sensibilitatea vibrotactilă se dezvoltă și se perfecționează la om în raport cu solicitările cotidiene ajutând substanțial la compensarea văzului și a auzului deficitar.

Compensarea deficitului auditiv prin utilizarea practică a sensibilității vibrotactile depinde, în cea mai mare măsură, de modalitatea de antrenare și de integrare funcțională a acesteia în activitatea didactică.

Educația vibrotactilă începe prin exerciții de percepere a vibrațiilor obiectelor din jur. De exemplu:

- se percep vibrațiile podelei pe care s-a bătut cu piciorul, ale mesei, ale băncii pe care s-a bătut cu palma etc.;
- se identifică, tactil, vibrațiile unor instrumente puse în funcțiune (pian, vioară, tobă, cutii muzicale, cutii rezonatorii speciale etc.), cerând elevilor să deplaseze palmele în mai multe locuri de pe suprafața obiectului producător de vibrații (**Popa, M.**, 2002);
- asemănător, se procedează și cu instrumentele de suflat (muzicuță, fluier, goarnă etc.). La instrumentele muzicale, intervine și perceperea sunetelor grave sau înalte, care influențează, în unele cazuri, timpanul și urechea medie, iar în alte cazuri, regiunea temporal-auditivă sau chiar pe amândouă;
- utilizarea cutiei rezonatoare (cu dimensiunile: 80, 65 și 10 cm.) pe suprafața căreia se fixează la mijloc punctul de unde se propagă vibrațiile (x) și lateral, locul de recepție vibrotactilă cu ajutorul mâinilor;copilul, având ochii acoperiți, așează mâinile pe cutia rezonatoare (pentru perceperea vibrațiilor) participă la diferite jocuri ce îl antrenează în perceperea intensității, duratei ritmului vibrațiilor determinate de diferite obiecte ce sunt lăsate să cadă sau cu care se racordează cutia;
- se emite de către profesor un murmur prelung (mmm...) printr-un sul de hârtie cu diametrul de 4-5 cm. Elevul ținând sulul între degete va simți vibrațiile transmise pe suprafața laterală a tubului. Se repetă exercițiul prin emiterea unui bâzâit (bzzzz...). În final se trece la emiterea de sunete (**m**, **b** etc.) urmate de vocalele (**u**, **i** etc.);

Trebuie să se acorde multă atenţie identificării şi recunoaşterii deosebirilor între vibraţiile transmise buzelor (pentru sunetele mmmm..., zzzz... etc.) şi repetării pe cale tactilă a suflului lin al aerului cald vocalic;

- pentru perceperea vibraţiilor specifice sonantei **n**, se fac următoarele exerciţii: în timp ce se pronunţă sunetul **n** se pune unghia de la degetul mare, alternativ pe partea de sus şi de jos a dinţilor incisivi. Pe buza şi incisivii de jos, vibraţiile se vor simţi mai pregnant;
- pentru diferenţierea vibraţiilor buzelor, specifice vocalei **a** şi consoanei **m**, se fac următoarele exerciţii: se pune vârful degetelor sau un singur deget pe buze şi se pronunţă alternativ aaa... mmm...;
- pentru pregătirea emiterii sunetului **r** se realizează jocuri exerciţii. De exemplu, se recomandă jocul "De-a birjarul". Deoarece vibraţia limbii nu se vede, profesorul se foloseşte de gestul fonemic al oscilaţiei specifice în timpul emiterii consoanei **r** sau se trece la producerea rotărilor, cu vârful limbii (afară din gură) între dinţi.

Uneori, identificarea emiterii şi consolidarea articulaţiei consoanei **r** durează un an şcolar sau chiar mai mult.

Pentru perceperea mişcării organelor fonoarticulatorii, pe cale vibrotactilă, copilul surd atinge cu vârful degetelor, porţiunea laringeală, planşeul bucal, bărbia, obrajii, buzele, narinele, creştetul capului, pieptul profesorului etc. şi, concomitent, se autocontrolează, palpând organele fonatorii proprii. Intuirea se face în timpul actului respirator, în momentul punerii în funcţiune a coardelor vocale şi a expiraţiei cu emiteri de sunete şi silabe (sss... zzz... fff... bbb... rrr... prrr... trrr ... du-du-du... bu-bu-bu... etc.).

Pentru intuirea caracteristicilor fonatorii ale sunetelor verbale, se vor folosi şi anumite aparate. De exemplu: vibratorul, vibroscopul, tonvizorul, biosciloscopul, chinograful, spectograful etc.

Emiterea şi formarea vocii

Sunetul primar se formează în laringe şi apoi până la ieşirea prin cavitatea faringo-bucală şi parţial faringo-nazală, suferă o serie de modificări fizice şi fiziologice determinând calităţile vocii vorbite.

În vorbire, vocea are capacitatea de a ridica tonul şi a-l coborî. Aceste tonuri se amplifică unele în cavitatea glotică, altele în cavitatea subglotică, altele în cavitatea supraglotică.

În funcţie de locul în care se formează aceste tonuri, se disting mai multe registre:

a. registrul de piept/grav, corespunzător cavităţii subglotice;
b. registrul mediu/mijlociu, corespunzător cavităţii glotice;
c. registrul de cap/înalt, corespunzător cavităţii supraglotice.

Actul fonaţiei este un proces foarte complex care nu este produs pasiv, ci un rol preponderent în emiterea vocii îl are creierul. Se cunoaşte în cazul copiilor cu deficienţe de auz faptul că ei dezvoltă o fonaţie caracteristică fiind deosebită şi consecinţă directă a lipsei de autocontrol prin auz. Apar astfel tulburări în emisia vocală care se referă la intensitatea, înălţimea şi timbrul vocii.

La unii copii surzi există tendința de a țipa în timp ce la alții vocea este foarte slabă sau unii sunt afoni, nu emit voce.

Problemele legate de timbrul vocal se produc din două motive:

- modificări structurale în funcția articulatorie şi rezonatorie a vocii la nivelul subglotic. Acest lucru face să devieze sunetul inițial şi produce senzații auditive neplăcute, sunete disfonice, alterate;
- modificare în dinamica corzilor vocale din regiunea glotică care duce la disfonii laringiene, în sensul trecerii succesive de la registrul de piept la cel de cap, formându-se vocea de cap (o voce falsă / voce răguşită / voce nazală). Toate aceste tipuri de voci necaracteristice unei persoane auzitoare se pot corecta.

Vocea de cap, care se caracterizează printr-o frecvență înaltă a sunetului cu rezonanță cefalică, se realizează cu regiunea supraglotică şi se emite cu capul ridicat şi cu bărbia în sus. Pentru a o reduce, se utilizează emiterea de vocale cu bărbia în piept încercând să determinăm o emisie într-un registru foarte jos.

Vocea de falset ia naştere în urma schimbării registrelor, ceea ce conduce la o modificare a coardelor vocale de la o poziție destinsă la o poziție contractată. Şi acest tip de voce se poate remedia, mai ales se sugerează ca persoana să stea pe spate şi să emită vocala "a" cu bărbia în piept, o emisie prelungită.

Vocea inspirată se caracterizează printr-un zgomot laringean determinat de aerul inspirat în timp ce coardele vocale sunt apropiate între ele. Copiii deficienți de auz cu acest defect aspiră vocala de la începutul cuvântului. Măsuri corective se aplică în două direcții. O activitate indirectă asupra efectorilor musculari cu scopul de a modifica starea organelor din regiunea laringo-bucală şi o activitate directă asupra timbrului vocal.

Din paleta acțiunilor indirecte se procedează la un anumit gen de exerciții pentru îmbunătățirea elasticității muşchilor ridicători şi coborâtori ai laringelui (exerciții de inspirație lentă, ca de căscat; exerciții vocalice cu deschiderea în înălțime a gurii; au o influență directă asupra laringelui; exercițiile numai cu vocale pentru formarea timbrului de piept al vocii, pentru reducerea nazalizărilor, a falsetului; exerciții de ridicare şi de coborâre a laringelui pentru realizarea unei voci normale; mişcarea de constricție glotică, realizată şi cu ajutorul bazei linguale; de exemplu, prin exerciții de înghițire.

Pentru a acționa asupra timbrului vocalic se fac vocalizări cu cuvinte simple: mái, dái, cái cu implicarea coardelor vocale ce vibrează pe toată lungimea lor; de asemenea, se realizează un joc de vocale, a vocalei "a" în alternanță cu vocala "o", timp în care se alternează pronunția cu o percepție tactilă şi vizuală. Apoi, se face o trecere la vocala "u" şi se pun în articulare regiunile subglotice pentru a obține o voce de piept.

Vocea, ca atare, se formează **spontan** prin provocarea copilului de a râde, de a imita anumite animale sau anumite zgomote care se fac şi pe care le poate percepe auditiv sau prin recepție vibrosenzorială. Ea se mai poate provoca şi ca urmare a gâdilatului în joc şi se realizează vocalizare **la cerere** când copilul este conştient şi este pus să vocalizeze liber pentru a-i atrage atenția asupra unor eventuale deficiențe.

Pentru corectarea propriei voci, se implică auzul restant comparând propria voce cu cea a profesorului şi se implică simțul vibro-tactil palpând cavitățile rezonatoare ale profesorului şi ale copilului.

În vederea emisiei şi formării unei voci conştiente, se procedează la formarea unor deprinderi prin:

a) susţinerea unei vocalizări cel puţin 3 secunde;
b) imitarea unor vocalizări separate, diferite ca durată, fiecare pe o singură respiraţie;
c) imitarea a patru vocalizări în sens diferit ca durată, toate pe o singură respiraţie.

Mai ales în această a treia fază sunt implicate simţul vizual, tactil, cuplarea sunetului sesizat vizual cu palpare tactilă şi, în unele cazuri, se poate implica şi feed-back-ul auditiv.

Pentru exersarea intensităţii vocii, se procedează la următoarele exerciţii:

a) pronunţarea scurtă şi tare a vocalei;
b) pronunţarea scurtă şi uşoară;
c) pronunţarea în şoaptă;
d) pronunţarea tare şi uşoară şi apoi şoptită pe o durată de cel puţin 3 secunde;
e) vocalizări discrete, dar grupate pe o singură respiraţie şi variind ca intensitate;
f) pronunţarea vocalelor în combinaţie cu consoanele şi în cuvinte monosilabice variind accentul când este vorba de repetarea unor silabe.

Vocala "a" are o sonoritate de două ori mai mare decât "u" şi de trei ori mai mare decât "e".

Emiterea, fixarea şi automatizarea sunetelor

Procesul de articulare a sunetelor cuprinde două mecanisme esenţiale:

1 Deschiderea sau închiderea.

2. Localizarea orificiului generator ce este canalul strâmt, format din contactul spontan al unor părţi ale organelor vorbirii (limbă, dinţi, palat) într-un anumit punct.

Canalul fonator este format din porţiunea căilor respiratorii, şi este limitat de coardele vocale, de buze şi de narine.

Timbrul vorbirii este dat de orificiul generator.

În activitatea de demutizare, specialistul trebuie să cunoască: local şi modul de articulare al fonemului, procedeele de emitere a acestora, defectele de pronunţie specifice, diferenţe specifice în articularea unor grupe de sunete, procedee de corectare, modalităţi de automatizare a sunetelor şi a structurilor fonematice.

Specialiştii în ortofonie – **Ţîrdea, V.** (1974), **Verza, E.** (1977), **Manolache, C.** (1980), **Stănică, I.** şi colab (1983) – sunt de acord că cele mai serioase dificultăţi le întâmpină copilul în producerea consoanelor, în comparaţie cu însuşirea vocalelor.

Pentru producerea **vocalelor**, sunt folosite trei zone ale orificiului generator:

a) regiunea lingo-palatală anterioară, pentru vocalele: **e** şi **i**;
b) regiunea lingo-palatală mediană pentru vocalele: **a**, **ă** şi **î**;
c) regiunea lingo-palatală posterioară, pentru vocalele: **u** şi **o**.

Vocalele limbii române se clasifică în funcţie de mecanismul de închidere şi de localizare.

1. Vocalele închise **i** - orificiul lingo-palatal anterior;
u - orificiul lingo-palatal posterior şi labial;
î - orificiul lingo-palatal posterior;

2. Vocale deschise: **e** (lung) si **a** (gura deschisă şi faringele îngustat).

3. Vocalele semiînchise **o** (scurt) şi **ă**.

Consoanele limbii române sunt sunete ale vorbirii, formate din zgomote produse în diferite puncte ale canalului fonator prin închiderea urmată de deschiderea bruscă sau prin strâmtarea acestuia, în diferite regiuni bucale , dezvoltând o serie de caracteristici.

Pentru realizarea procesului de demutizare, specialistul trebuie să cunoască: locul unde se formează fiecare consoană, gradul de intensitate a vocii, natura acustică a zgomotului etc.

1. După criteriul localizării există opt regiuni principale:

1. Regiunea situată la nivelul buzelor, pentru consoanele: **b, p, m;**

2. Regiunea situată la nivelul incisivilor superiori şi buza inferioară, pentru consoanele: **f, v;**

3. Regiunea situată la nivelul vârfurilor limbii şi a dinţilor, pentru consoanele: **t, d, n, s, z, ţ;**

4. Regiunea situată în partea anterioară a palatului şi vârful limbii, pentru consoanele: **ş, j, l, r;**

5. Regiunea situată în partea anterioară a palatului şi dosul limbii, pentru: **"ce", "ge";**

6. Regiunea situată în partea posterioară a palatului şi dosul limbii, pentru: **"che", "ghe", "chi", "ghi";**

7. Regiunea posterioară a palatului şi baza limbii: **c, g;**

8. Regiunea situată la nivelul posterior al laringelui, baza limbii şi vălul palatului: **h.**

Pentru obţinerea consoanelor, regiunea orificiului laringo-palatal este cu atât mai retrasă cu cât depărtarea dintre maxilare este mai mare.

2. După criteriul naturii acustice a zgomotului, există:

a) 8 consoane explozive **p, c, g, b, d, t** (cu explozie perfectă) **m** şi **n** (suferă întreruperea curentului de aer, fără a fi explozive perfecte).

b) 7 consoane siflante: **f, s, ş, v, j, z, l**; au zgomotul suflului mai puţin accentuat decât pentru sunetele explozive;

c) o consoană vibrantă: **r.**

Consoanele **l**, şi **r** sunt consoane lichide după uşurinţa cu care se unesc cu alte consoane.

Consoana **l** este o consoană laterală sau marginală, vârful limbii se sprijină pe arcada superioară, iar aerul se scurge în lungul celor două margini ale gurii.

3. După criteriul - gradului de intensitate a vocii:

a. consoane surde, când suflul, sunetul laringean nu există: **p, t, c, f, s, ş;**

b. consoane sonore, când coardele vocale vibrează lejer: **d, b, g, z, j, v;**

c. consoane semisonore, când intensitatea suflului scade pe măsură ce intensitatea vocii creşte (sau slabe): **l, r, m, n.**

Pentru emiterea fonemelor, specialistul trebuie să cunoască: locul şi modul de articulare a fonemului, procedeele de emitere a acestora, defectele de pronunţie specifice, diferenţe specifice în articularea unor grupe de sunete, procedee de corectare, modalităţi de automatizare a sunetelor şi a structurilor fonematice.

Se cunoaşte faptul că vocalele se însuşesc mai uşor decât consoanele. Dintre vocale, cele mediale (ă şi î) şi vocala e (anterioară) prezintă un procent mai ridicat de greşeli de pronunţie.

La consoane, sonorizarea este cea mai importantă deficienţă, de aici rezultând pronunţarea unor sunete parazitare ("î", cel mai frecvent) concomitent cu fonemul consoană.

Procedee de emitere şi corectare a vocalelor şi consoanelor

Activitatea fonetică este abilitatea copilului de a pronunţa sunetele verbale izolat sau în silabe directe sau indirecte. Capacitatea fonologică înseamnă pronunţarea sunetelor în cuvinte cu sens. Cu toate că orice copil are capacitate fonetică, abilitatea lui fonologică necesită o activitate complexă de formare a limbajului verbal oral, în primul rând.

Vom expune, în continuare, principalele momente ce se parcurg pentru emiterea – consolidarea – corectarea grupului de consoane bilabiale.

Articularea consoanelor bilabiale p-b-m

Mecanisme de articulare comune: maxilarele întredeschise, buzele bine închise, limba relaxată cu vârful sprijinit în dosul incisivilor inferiori.

Diferenţe

- "p" şi "b" sunt explozive;
- "p" este o consoană surdă; nu vibrează coardele vocale;
- "b" este o consoană sonoră; vibrează coardele vocale;
- "m" este o consoană sonoră; nazală, continuă.

Defecte de pronunţie

- parazitarea sunetelor de către sunetul "î";
- tendinţa de sonorizare a lui "p" şi se aude "b";
- desonorizarea lui "b" şi se aude "p";
- rezonanţa lui "b";
- înlocuirea lui "m" cu "b" sau "p";
- "m" nu poate fi prea mult timp transmis nazal, astfel încât acesta poate trece în "n".

Emitere

Se fac exerciţii de pronunţare a vocalelor şi consoanelor formate cu sunete bilabiale:

- silabe directe şi indirecte;
- sunetul în poziţie iniţială, medială şi finală:

pa, apa, ap
ma, ama, am
ba, aba, ab

Pentru pronunțarea corectă, se va avea în vedere controlul în oglindă o modelului verbal în care ocluzia labială la consoana "p" necesită o încordare mai accentuată decât la "b", iar la "m" închiderea buzelor este normală, fără încordarea mușchilor labiali.

- Pentru **b** și **m** se va controla vibrarea undei de aer condensată în gură și vibrarea aerului în fosele nazale pentru **m**.
- Se verifică suflul cu explozia lui "**p**" pe dosul palmei.
- Se execută un model verbal oferit de profesor și conștientizat prin labiograme.
- Se realizează o pronunție simultană (profesor și elev) și se pronunță consoanele izolate, apoi în silabe și în cuvinte.
- Se asociază **p, b, m** în poziție inițială, medială și finală cu diferite vocale.
- Se formulează propoziții ce cuprind cuvinte care au în structura lor fonetică sunetele exersate. De asemenea, trebuie să oferim și imagini cu cele mai multe cuvinte exersate.

"Monica bea lapte".

- Se exersează pronunția, în prima fază, pe baza percepției vizuale și vibratorii și în a doua fază se implică și auzul. În acest caz, se poate folosi și aparatura acustică de amplificare; se folosește uneori un ecran prin care separăm copilul de profesor pentru a nu uza de labiolectură.

Corectarea cuvintelor pronunțate greșit în vorbirea independentă în clasă sau în afara clasei.

Exemple:

- pun – bun;
- sarpale – sarmale;
- pompoane – bomboane;
- pulte – multe;
- mământ – pământ.

Se procedează, în ultimă instanță, la o dictare cu ajutorul aparaturii acustice.

Această dictare are un anume tipic. Mai întâi pronunțăm cuvântul sau propoziția, cerându-i copilului să fie atent. Apoi, îl solicităm să-l repete, îi corectăm pronunția și apoi îl lăsăm să scrie.

De exemplu: *"Paula cumpără bomboane cu miere".*

- Se insistă pe formarea autocontrolului și elevii vor fi dirijați să-și sesizeze greșelile și să le corecteze.

Problema coarticulației

Coarticulația se manifestă ca influență progresivă a unui sunet asupra altuia în timpul vorbirii. Există o multitudine de variații ale pronunției acelui sunet, condiționate de mediul fonetic în care apare.

Niciodată consoanele nu se emit în mod izolat ci într-o conjunctură multiplă, în anumite combinații consonatice care se influențează unele pe altele într-o coarticulație.

În vorbire, sunetele se înlănțuie în așa fel încât fiecare sunet începe să fie articulat înainte ca articularea sunetului precedent să fi luat sfârșit.

Există câteva momente în articularea sunetelor izolate.

1. Tensiunea, când organul, aparatul fonator dă poziția necesară articulării sunetului respectiv.

2. Ținuta este momentul de păstrare a poziției organelor de emisie.

3. Emisia sunetului cu expulzarea aerului.

4. Momentul de destindere, când organele fonatoare părăsesc poziția specifică de articulare.

Uneori poate lipsi din articulare ținuta sau chiar destinderea. De exemplu, în cuvântul "șapte" în care sunetele **p** și **t** se influențează; nu se termină bine **p** că începe **t**. La **p**, de asemenea, ținuta este ștearsă de pronunția lui **t**.

În cazul în care există un grup de trei consoane, cea de la mijloc își confundă momentul inițial cu cel final al sunetului anterior și destinderea cu momentul inițial al sunetului posterior.

De exemplu: **t** din străin sau **p** din sprinten

Elementele prozodice ale limbii

Concomitent cu aceste fenomene care depind de articulație și coarticulație organul fonator realizează o gamă variată de emisiuni intonative ce sunt o emanație directă a gândirii și afectivității celui care vorbește.

Elementele prozodice accentul, ritmul și intonația nu se pot observa direct dar sunt sesizate pe cale auditivă. Ele sunt diferite de la persoană la persoană.

Elementele prozodice ale vorbirii ajută la stabilirea raporturilor logice dintre cuvinte, sintagme și propoziții și redau o stare sufletească.

Ele pot să accentueze anumite sensuri și chiar merg până la a schimba sensul celor exprimate verbal.

Accentul se definește ca întărire a vocii pe o silabă într-un cuvânt.

Accentul poate fi:

- **tonic,** evidențiind intensitatea dată unei silabe față de celelalte cu care alcătuiește cuvinte;
- **patetic,** desemnând ridicarea tonului, este o inflexiune a vocii desemnând starea sufletească a vorbitorului.

În practica exersării accentului se utilizează cu succes o cutie de rezonanță care are deasupra ei fixate două bare de tonalități diferite. Silabele cuvântului se marchează prin loviri ale unei bare, silaba accentuată fiind marcată prin lovirea barei de tonalitate diferită.

În practica școlară, cuvintele se scriu pe tablă, iar silaba accentuată este subliniată sau accentuată cu o altă culoare.

Se pot efectua diferite exerciții pentru consolidarea ritmului corect, de exemplu:

- reproducerea unor texte cunoscute de elev scrise pe tablă cu accentul notat. După conștientizarea acestui text, ștergem accentele și elevii trebuie să pună accentele corect;
- înșiruire de diferite silabe ce au accente și se dirijează diferite ritmuri după silaba scrisă pe tablă;

- citirea în colectiv a unor coloane de cuvinte. În prima coloană avem accentul pe mijloc, în cea de-a doua coloană accentul este inițial și în cea de-a treia coloană accentul este final.

Ritmul se defineşte ca viteza de emitere a cuvintelor pe o unitate de timp şi este strâns legat de tipul de activitate nervoasă superioară.

O persoană auzitoare emite, în general, 3-4 cuvinte/secundă. Surzii demutizați au un ritm mai lent datorită conştientizării problemei de articulație, dar sunt cercetători care scot în evidență şi faptul că există o disfuncționalitate a organelor fonatoare.

Se consideră că și stăpânirea unui vocabular mai sărac şi învățat cu deficiențe îl face pe surd să vorbească mai lent. Există anumite exerciții care se fac în vederea optimizării ritmului vorbirii surzilor:

- exerciții de bătăi ritmice în aer, însoțite de vocalizări sau de bătăi pe masă însoțite de vocalizări;
- exerciții de recitare; folosirea unor procedee grafice etc.

Se poate implica metronomul în reglarea ritmului de vorbire.

Când este vorba de recitare, se prezintă mai întâi modelul de către profesor însoțit de bătăi ritmice și apoi este solicitat copilul să reproducă modelul.

Intonația reprezintă o emanație muzicală de tonuri și accente ce variază în raport cu ideile şi sentimentele vorbitorului.

Intonația are funcții felurite, cum ar fi:

- fragmentează emisia verbală în fraze, propoziții, sintagme, grupuri ritmice, fiecare având o anumită unitate de sens și o unitate sintagmatică. În structura acestui fragment intonația este cea care unește cuvintele;
- deosebeşte sensului comunicativ al propoziției (interogativă, imperativă, enunțiativă);
- exercită o predicție; datorită ei, un cuvânt izolat primeşte o valoare şi exprimă o idee;
- exprimă trăirile emoționale sau voliționale ale persoanei care vorbeşte.

Obiectivul principal al modulațiilor tonale este de a diferi sensul comunicațional al enunțului verbal.

Vorbirea surzilor se caracterizează prin sărăcie de intonație, vocea se menține într-un ton grav, raporturile de durată sunt greu observabile, emisia necesitând mai mult timp decât a auzitorului şi fiind ştearsă ca modulație.

Pentru dezvoltarea intonației în vorbirea surzilor, profesorul specialist are în vedere:

- perceperea integrală a limbajului prin analiza mesajelor, a textelor literare;
- stabilirea unei pronunții corecte şi o pronunție înlănțuită şi cu intonația medie posibilă, specifică limbii în care vorbește copilul.

Folosirea unor modalități compensatorii ce se referă la folosirea mijloacelor vizual - tactil - vibratorii și a mijloacelor acustice.

Exersarea intonației se sprijină foarte mult pe modulul de vorbire, pe intonația profesorului, pe mimica care însoțește intonația profesorului. Dintre modalitățile de intervenție asupra acestui aspect al vorbirii amintim exercițiile de transformare a tipurilor

de propoziţii, din enunţiativă în interogativă sau în exclamativă şi invers; învăţarea de poezii şi solicitarea elevilor de a recita intonativ etc.

Există posibilităţi de educare a modulaţiei atât privind accentul, cât şi tonalitatea şi, de asemenea, cursivitatea fonetică. Acestea sunt în strânsă dependenţă de cunoaşterea gramaticii, a ortografiei şi de înţelegerea integrală a mesajelor redate în limbajul verbal utilizat.

Lexicul

Vocabularul limbii române este numeros şi cuprinde aproximativ 80-100.000 de cuvinte ce apar în dicţionare. Pentru a înţelege şi a ne face înţeleşi utilizăm mai ales cuvinte din fondul principal lexical al limbii.

În cazul copiilor cu deficienţă de auz, în situaţia în care demutizarea începe târziu, după perioada optimă de achiziţie a limbajului, deoarece experienţa lor lingvistică este limitată, este necesară crearea unor situaţii de învăţare care să-i solicite pe copii să folosească comunicarea verbală şi astfel să le ofere posibilitatea însuşirii cel puţin a vocabularului necesar desfăşurării unor activităţi practice de viaţă zilnică.

Pufan, C., Mare, V., Ciumăngeanu, D., Popa, M. au studiat părţile flexibile ale vorbirii, scoţând în evidenţă gradul de folosire a diferitelor categorii morfologice mai ales la copiii mici, cu deficienţe de auz; greşeli tipice în formarea propoziţiilor, a frazei etc. Ei au arătat ponderea însuşirii diferitelor părţi de vorbire în limbaj, deficienţele specifice la diferite niveluri de şcolarizare. Au scos în evidenţă vocabularul activ deosebit de limitat , folosirea clişeelor verbale, cuvinte neflexionate;semnificaţie restrânsă a cuvântului; tipurile de greşeli ce apar în scrierea cuvintelor: omisiuni, inversiuni, înlocuiri, precum şi unele aspecte ce ţin de influenţa limbajului mimico-gesticular, mai ales în topica frazei.

În ceea ce priveşte vocabularul, surdologii au avut discuţii cu privire la vocabularul iniţial pentru începerea demutizării. S-a ajuns la concluzia că, la început, să se pornească cu cuvinte cu conţinut concret, ce vor fi indicate/arătate şi uşor de pronunţat.

Astăzi, se menţine necesitatea de a se porni de la cuvinte care să exprime minimum necesar pentru o comunicare verbală şi să fie uşor de pronunţat.

Un lucru interesant constatat de noi este că acele cuvinte care interesează copilul pot fi însuşite mai uşor chiar dacă pronunţia lor este dificilă, de exemplu, numele fratelui, al surorii, astfel deficientul de auz dând dovadă de o pronunţie selectivă dar şi de implicarea motivaţiei în învăţare.

Programa şcolilor speciale pentru deficienţi de auz prevede module speciale de dezvoltare a lexicului şi arii tematice tot mai complexe precum:

- relaţii sociale şi activitate umană;
- mediul - social şi societatea;
- forme sociale ale timpului;
- autoservire şi autonomie personală;
- sănătate şi igenă personală;
- vocabular legat de obiectele de studiu.

În situaţia în care intervenţia precoce în educaţia copilului deficient de auz este sporadică şi inconsistentă, o abordare oralistă structurată folosind programe de însuşire a laturilor fonetice, lexicale, gramaticale, este maniera curentă de atingere a obiectivelor de învăţare.

Structura gramaticală

Copilul auzitor învaţă să vorbească corect în mod spontan, pe baza modelelor verbale pe care le întâlneşte, apoi prin imitare. Deficienţii de auz sunt lipsiţi de aceste modele verbale, iar zestrea lexicală este foarte săracă, aproape inexistentă.

Literatura de specialitate menţionează printre greşelile gramaticale tipice întâlnite atît în vorbire cît şi în scriere la deficienţii de auz: folosirea unor înşiruiri de cuvinte într-o schemă propozitională; reducerea unei propoziţii la un singur cuvânt; greşeli de topică; dezacorduri; neutilizarea desinenţelor şi utilizarea sporadică şi de cele mai multe ori incorectă a cuvintelor de legătură.

Utilizarea comunicării mimico-gestuale, în multe cazuri ca limbă maternă, explică în mare măsură incapacitatea deficientului de auz de a înţelege necesitatea instrumentelor gramaticale în comunicarea verbală şi interferarea topicii acestui limbaj cu cea a limbajului verbal şi specificitatea greşelilor gramaticale.

În demutizare au existat două curente principale cu privire la învaţarea gramaticii: curentul globalist-fragmentarist şi cel globalist-oralist.

- curentul oralist fragmentalist, susţinea însuşirea structurilor gramaticale într-o etapă ulterioară însuşirii articulaţiei, formarea unui minim de vocabular şi apoi conştientizarea structurilor gramaticale;
- curentul globalist oralist susţinea însuşirea structurilor gramaticale concomitent cu vocabularul pe baza modelelor verbale.

Pe lângă acestea amintim o orientare mai recentă, curentul oralist maternal reflectiv ce propune înregistrarea sub formă scrisă şi picturală a unor conţinuturi informative izvorâte din experienţa concretă nemijlocită a copilului, asupra cărora profesorul revine explicând copilului aspectele gramaticale, particularizând astfel şi dând sens, pentru copil, unor noţiuni abstracte.

Labiolectura

Un sprijin important în achiziţia vorbirii este primit, în cadrul procesului de compensare a auzului deficitar, de la văz, prin labiolectură. Aceasta reprezintă perceperea vizuală a limbajului verbal sub forma sa orală după mişcările vizibile ale organelor fonatoare, dar şi după fizionomia interlocutorului. În acest sens, unii specialişti au denumit-o citire facială sau citire labio-facială. Citirea de pe buze datează de foarte mult timp pentru că deficienţii de auz au încercat întotdeauna să descifreze vorbirea uitându-se la buzele şi la faţa vorbitorului

P. Oleron, citat de **Pufan, C.** (1972), fiind adeptul labiolecturii, asemăna citirea labială cu citirea unui text: surdomuţii au de-a face cu sunetele în acelaşi fel în care procedează cu literele pe care le citesc, scrierea susţinând şi ajutând analiza fonetică a sunetelor ce compun cuvintele. El a identificat câteva moduri de a recepta vorbirea pe cale vizuală:

- receptarea ideo-vizuală, aceasta se realizează înainte de demutizare, când componenta vizuală activează în mod direct gândirea, iar acesta permite realizarea înţelegerii mesajului la un nivel scăzut pe baza unei sinteze globale a celor recepţionate de pe buze şi faţă, ca urmare

a unor asocieri repetate între cele rostite şi labiolectura lor. În acest tip de recepţie intervine experienţa persoanei şi contextul verbal natural care pot uşura înţelegerea mesajului;

- recepţia vizual-fonetică se realizează în timpul demutizării, când impulsul vizual provocat de mişcarea buzelor celui ce vorbeşte acţionează direct asupra kinesteziei verbale, iar vederea acestei kinestezii şi a acţiunii în timpul emisiei stimulează participarea gândirii surdului, moment când se stabileşte o asociaţie între suita de imagini labio-vizuale articulatorii şi semnificaţia lor verbală. În acest tip de labiolectură procesul de articulare şi kinestezia verbală se asociază cu obiectele şi acţiunile ce sunt reprezentate de aceste kinestezii, desigur cu ajutorul gândirii.
- recepţia ideo - vizual - fonetică specifică surdului vorbitor când impulsul vizual stimulează direct atât gândirea, cât şi kinesteziile verbale; imaginea vizuală a cuvintelor produsă de vorbitor stimulează gândirea surdului, care declanşează kinesteziile articulatorii ale cuvintelor cunoscute.

Perceperea fonemelor pe cale vizuală

Cele 33 de sunete care sunt percepute cu claritate de auzitor sunt percepute diferenţiat de surd. Fiecărui sunet îi este asociată o imagine motrică bine determinată. Legătura sunet - imagine motrică corespunzătoare, legătura dintre auz şi vorbire se stabileşte uşor în ontogeneză având legături adânci în filogeneză. Aparatul de vorbire al copilului are de la naştere predispoziţii pentru o funcţionalitate normală. Citirea labială nu permite mereu o percepere optimă a vorbirii; de aceea în perceperea mesajului verbal intervine operativitatea intelectuală pentru înţelegerea şi decodificarea mesajului verbal. Acest proces, în cazul copiilor cu deficit de auz se realizează organizat. Legătura dintre imaginea vizuală a sunetului şi kinesteziile verbo-motorii la deficienţii de auz se stabileşte ontogenetic, fiind un proces foarte complex şi dificil.

În vederea proiectării unei metodologii speciale pentru facilitarea demutizării surdului s-au făcut experimente pentru a cunoaşte gradul de vizibilitate al fonemelor (**Stănică, I.**, 1983).

Fonemele limbii române au un grad de receptivitate vizuală diferit, astfel sunetul cel mai bine perceput vizual este "a" - 92,5%, - u - 92%, o - 89,3%, f - 83,2%, p - 79%, i - 72,6%, m - 72%, t - 39%, b - 21%, g - 15%, h - 7,2% fiind fonemul cel mai slab perceput vizual.

Vocalele sunt mai bine percepute faţă de consoane; dintre vocale, **"ă"** este percepută mai greu deoarece are cel mai mic grad de deschidere.

Gradul de deschidere labială are un rol hotărâtor în identificarea sunetului. Vocalele au o perceptibilitate direct proporţională cu gradul de deschidere labială şi în raport de poziţia în silabe. Uneori având o poziţie iniţială au o vizibilitate mai bună, alteori pot fi estompate de consoane care constituie silaba accentuată.

Referindu-ne la perceperea consoanelor pe cale labială, **p**, ocupă locul central; cele 26 consoane în situația în care sunt așezate într-o ambianță fonetică optimă formează 11 imagini labiale:

1) **pbm**	7) **ce, ge**
2) **f, v**	8) **ci, gi**
3) **ș, j**	9) **che, ghe**
4) **s, z, t**	10) **chi, ghi**
5) **t, d, v**	11) **c, g, h**
6) **l, r**	

În situațiile cu ambianță fonetică nefavorabilă, consoanele formează doar trei imagini labiale: pozițiile unu și doi se păstrează iar toate celelalte se confundă.

În receptarea fonemelor se observă apariția unor greșeli de tipul înlocuirilor, adăugirilor, omisiunilor. Erorile care apar prin înlocuirea unui sunet cu altul sunt datorate locului și modului de articulare a acestuia. În receptarea labio-vizuală apar înlocuitori uzuali, frecvenți și întâmplători.

Metode de învățare a labiolecturii

S-au conturat paralel cu metodele de educare a surzilor, în special în metodologia oralistă, și preocupări asupra unor modalități de învățare mai rapidă și eficientă a labiolecturii.

În acest sens, diferitele curente în însușirea limbajului verbal, cele care puneau accentul pe însușirea laturii articulatorii, în mod preponderent au dezvoltat metode pregnant analitice în ceea ce privește însușirea labiolecturii, față de curentele ce puneau accent pe latura semantică a vorbirii, care au dezvoltat metode preponderent sintetice de dezvoltare a labiolecturii (**Stănică, I.,**1983).

Metoda sintetică-globală are mai multe variante. Una dintre aceste variante a fost utilizată încă de la începuturile activității de demutizare și se numește **metodă sintetică mută**, deoarece vizează stabilirea legăturii de sens dintre mișcarea buzelor, expresia feței și ideile exprimate, iar copiii surzi nu au obligativitatea cunoașterii formei cuvintelor, a vorbirii. Deficientul de auz învață să diferențieze cuvintele după forma articulării lor fără să le descompună.

Practica acestei metode și-a găsit explicația în tendința de a asigura deficientului de auz posibilitatea înțelegerii mesajelor verbale emise de auzitori. Ea a fost practicată la începuturile istoriei educației surzilor. Din această formă s-a dezvoltat **metoda sintetică globală**.

Ca o replică la metoda sintetică mută s-a dezvoltat **metoda analitică,** care a cunoscut mai multe variante.

Metodele analitice presupun însușirea și cunoașterea articulației; fiecare element al articulației este asociat cu imaginea vizuală corespunzătoare. Ceea ce se reproșează metodei analitice este faptul că exercițiile preconizate de articulație se efectuează pe elemente fonetice izolate, pe silabe fără sens apoi pe cuvinte și pe propoziții, creându-se posibilitatea însușirii mecanice a labiolecturii.

Dintre aceste metode analitice, se distinge **metoda analitică statică,** elaborată în 1741 de Schmaltz și Fischer. Conform acestei metode deficienții de auz devin conștienți

de imaginea labială a diferitelor sunete şi învaţă iniţial în mod static poziţia, apoi învaţă să diferenţieze un număr mai mare de foneme.

Din metoda analitică statică s-a dezvoltat **metoda analitico-dinamică**, elaborată de Muller în 1893 şi perfectată de **E. Nitchie** (1919). Acesta a pus accentul pe învăţarea citirii de pe buze nu atât a poziţiei organelor vorbirii, cât pe mişcarea lor. Imaginile vizuale sunt învăţate dinamic. În citirea de pe buze, vorbirea se realizează într-un tempo normal caz în care deficientul de auz nu percepe poziţia organelor vorbirii ci mişcarea lor.

Muller a pus un accent deosebit pe mimică şi a fost împotriva folosirii vocii şoptite, iar Nitchie a propus ca sunetele să fie învăţate în diferite cuvinte pentru ca deficienţii de auz să poată sesiza ambianţa fonetică în care este pronunţat un sunet şi imaginea labială oferită de el.

În jurul anului 1925, s-a dezvoltat **metoda analitică kinestezică** de către Brauchman. El spunea că la baza citirii de pe buze stă apariţia kinesteziilor verbo-motorii sub influenţa excitanţilor vizuali şi punea accentul pe mişcarea organelor fonatoare corespunzătoare fiecărui fonem, pe conştientizarea acestui fonem, pe imitarea kinesteziilor verbale.

Spre deosebire de aceste metode analitice care puneau accent pe perceperea izolată a imaginii labiale şi pe kinestezia specifică fiecărui sunet s-a dezvoltat metoda **sintetică globală** de către **Gepfert** (1923), care indica un material cu sens format din cuvinte monosilabice şi propoziţii care să se refere la situaţii concrete. Aceste propoziţii puteau să fie selectate din convorbirile uzuale. Importante erau întrebările, ca cel mai indicat material pentru labiolectură.

În prima parte a secolului al XX-lea s-a dezvoltat din aceste două metode, **metoda complexă** ce prevedea însuşirea labiolecturii împreună cu articulaţia şi unirea componentei vizuale, a celei verbomotorii şi a gândirii cu procesele de înţelegere şi interpretare a mesajului verbal.

Conform acestei metode se procedează şi la palparea organelor fonoarticulatorii pentru ca deficientul de auz să perceapă articulaţia, mişcările verbo-motorii şi să stabilească legătura dintre imaginea labială, verbo-motorie şi cea sonoră a cuvintelor. În cadrul acestei metode se iau în considerare aspectele ce ţin de luminozitate, distanţă, caracteristicile individuale ale interlocutorului.

Procedee metodice indicate în dezvoltarea labiolecturii

În învăţământul special pentru deficienţii de auz există ore acordate învăţării labiolecturii, ea făcând parte, împreună cu dezvoltarea auzului şi tehnica dezvoltării vorbirii, din amplul proces de compensare şi de recuperare a deficienţilor de auz.

Lecţiile de labiolectură, care se desfăşoară cu întreaga clasă, conţin elemente specifice. Prin aceste ore, elevii trebuie să ajungă să diferenţieze, în mod conştient, fonemele labiale în diferite combinaţii şi în condiţii diferite de luminozitate, distanţă etc. În acest sens, se fac exerciţii de receptare a mesajului verbal din faţă şi din profil.

Această activitate de conştientizare îşi aduce o contribuţie importantă la procesul de însuşire a limbajului verbal.

Dintre procedeele care concură la dezvoltarea labiolecturii vom aminti câteva.

Se recurge la conversații uzuale care se desfășoară între un profesor și un elev cu asistența celorlalți elevi, când sarcina este de înțelegere a mesajului oferit de profesor sau de către interlocutor.

În acest sens, se practică și inițierea unor conversații între doi parteneri pe o anumită temă pentru perceperea expresiilor simple. Se poartă conversații în care scopul este perceperea întrebărilor și emiterea de răspunsuri uzuale simple; conversații pentru perceperea dialogului între doi copii.

Dictările concură și ele la dezvoltarea labiolecturii și au un anumit tipic. Se pornește de la dictări de silabe, în care sunt exersate perceperea labială a unor structuri fonematice anunțate din timp. În acest sens, copiii sunt conștienți de problemele ridicate de anumite grupuri consonantice, de eventualele confuzii care se produc în anumite grupuri consonantice. Aceste grupuri sunt denumite cu eventualii înlocuitori și apoi se trece la dictare. Profesorul oferă modelul verbal format la început din silabe simple, iar copiii trebuie să repete cele lecturate. Profesorul trece peste verificare ci doar enunță mesajul verbal și lasă copiii să-l transcrie în caiet în funcție de ceea ce au lecturat ei;. apoi ,repetă mesajul, iar copiii își autocorectează scrierea.

Se utilizează uneori în dictări un ecran special pentru labiolectură. Acest ecran este format dintr-un carton dreptunghiular care are o deschidere la mijloc care oferă vizibilitatea buzelor.

Jocurile sunt un alt procedeu pentru stimularea învățării labiolecturii. Se folosesc **jocurile** cu un instructaj foarte simplu.

Se utilizează, de asemenea, **povestirile** scurte cu un mesaj foarte clar în care profesorul procedează la expunerea întregului conținut narativ după care întreabă copiii despre principalele nume, despre mesaj, idei principale, cerându-le în final să recompună conținutul narativ în funcție de ceea ce au înțeles ei prin labiolectură.

Se efectuează, în același scop, **exerciții gramaticale** cu conștientizarea recepției labiale; **exerciții de recunoaștere și diferențiere** a sunetelor vizibile și nevizibile în raport cu ambianța lor fonetică, a diftongilor, triftongilor; exersarea labiolecturii pe diferite ritmuri de vorbire.

PROTEZAREA

Dacă ne referim la educația copilului cu deficiență de auz vom lua în considerare două aspecte majore: în primul rând diagnosticarea pierderii de auz cât mai de timpuriu și protezarea adecvată, și în al doilea rând, dar în strânsă relație cu acest proces, susținerea dezvoltării comunicării verbale.

În sprijinul demersurilor educative, în ultimele decenii, s-a alăturat audiologia educațională ce este o disciplină de graniță, formată la intersecția dintre fizică, acustică, psihologie și pedagogie și a fost creată din necesitatea obținerii unor informații cu privire la natura amplificării sunetelor ce sunt percepute de către deficientul de auz, în raport de gradul profunzimii pierderii de auz și, de asemenea, în vederea creării unor aparate de amplificare sonoră care să potențeze auzul rezidual al deficientului astfel încât să aibă acces la lumea sonoră, în special la spectrul vorbirii.

Depistarea şi diagnosticarea pierderilor de auz

În multe cazuri, pierderea de auz rămâne timp îndelungat nedetectată, mai ales în cazul copiilor când contactul dintre adult şi copil este intim, iar copilul poate reacţiona la stimulii vizuali şi nu la cei auditivi. Acest tip de interacţiune înşeală vigilenţa părintelui care observă în ultimă instanţă întârzierea în comunicarea verbală a copilului, fără a fi conştient de existenţa deficitului de auz.

Depistarea pierderilor de auz se poate sesiza accidental de către părinţi sau cu ajutorul unei aparaturi adecvate, realizându-se o diagnosticare complexă a deficienţei auditive, de către specialişti.

În selectarea şi aplicarea testelor de auz se iau în considerare trei principii esenţiale: simplitate, flexibilitate şi adecvare. Acestea presupun aplicarea individualizată a unor probe în acord cu dezvoltarea copilului şi cu răspunsurile pe care poate să le dea la un moment dat, în raport cu dezvoltarea sa biologică şi cu vârsta mentală.

Există un număr de factori de care depinde capacitatea copilului de a răspunde la stimulii sonori, şi anume:

- vârsta cronologică, care se află în raport direct cu mielinizarea fibrelor nervoase şi cu posibilitatea de coordonare neuro-motorie;
- vârsta mentală, ca indicator al răspunsurilor prezente şi factor determinant al capacităţii de învăţare de noi răspunsuri;
- nivelul audibilităţii;
- experienţa anterioară a copilului în testarea auditivă (la început este derutat şi este greu de captat atenţia la sunete; ulterior, ştie ce să facă şi poate fi atent la sunet);
- mediul în care are loc testarea: o cameră adecvată din punct de vedere al mărimii şi izolării fonice;
- sunt importante, de asemenea, raporturile în care se află copilul faţă de cel ce îl testează si, de aceea, trebuie organizat un mediu destins, stimulativ, de joacă.

Testarea auzului se face prin ***teste obiective*** şi ***teste comportamentale***.

Testele obiective pun în evidenţă anumite reacţii electrice sau musculare la anumite sunete. Testele obiective cer un echipament costisitor şi personal bine instruit. Ele dau informaţii utile, dar nu complete, şi sunt, în general, folosite pentru a confirma hipoacuzia suspectată prin testele comportamentale sau pentru copiii care nu au reuşit să răspundă la nici un test comportamental.

Dintre testele obiective, amintim testul ce pune în evidenţă **răspunsul post-auricular miogenetic**, când aparatul înregistrează răspunsul reflex al muşchilor din spatele pavilionului urechii la sunete de o anumită intensitate.

Un alt test obiectiv este **reacţia acustică a trunchiului cerebral** ce poate fi înregistrată ca un potenţial electric datorită faptului că activitatea electrică din creier poate fi testată prin aplicarea unor electrozi, iar la producerea unui anumit sunet impulsurile electrice transmise de la cohlee spre nervii acustici trec şi prin **trunchiul cerebral**.

Testarea impedanţei, sau audiometria prin impedanţă, este o altă metodă obiectivă de diagnosticare ce măsoară funcţionarea urechii medii.

Impedanţmetria măsoară atât reflexul stipendian, cât şi compleanţa timpanică.

Se poate spune că aceste teste obiective au rol important, în special, în cazul copiilor dificil de testat prin teste comportamentale, dar nu înlocuiesc testele comportamentale în privinţa informaţiilor despre capacitatea auditivă, mai ales referitor la frecvenţele de vorbire.

Referindu-ne la testele comportamentale, trebuie să spunem că acestea se bazează pe o reacţie comportamentală evidentă, din partea subiectului testat, la sunet: o tresărire, întoarcerea capului, oprirea din activitate, clipitul etc. În această categorie sunt incluse testele de triere ce sunt destinate verificării capacităţii de auz a copilul foarte mic, fără a da informaţii precise asupra tipului de pierdere de auz; pentru acestea este necesară efectuarea altor analize mai complexe. Ele dau primul semnal asupra unor eventuale disfuncţii auditive şi sunt diversificate în funcţie de stadiul de dezvoltare fizică şi psihică a copilului.

Printre testele folosite în perioada 6 - 18 luni, amintim **testul de distragere a atenţiei** ce poate fi utilizat de îndată ce copilul poate sta fără sprijin în şezut, şi poate să-şi întoarcă capul pentru a localiza diferitele sunete. Modul de aplicare este următorul: copilul stă în poala mamei; cei doi practicieni sunt aşezaţi unul în faţa copilului şi celălalt în spatele copilului; cel din faţă se joacă cu o jucărie în faţa copilului; la un moment dat, acoperă jucăria, moment în care cel din spate emite sunete de tril de frecvenţe şi intensităţi diferite. Audiologul se va posta la un unghi de 45^0 şi la 1 m distanţă în spatele copilului. Această testare se face pentru fiecare ureche în parte, înregistrându-se valorile pentru care copilul a reacţionat prin desprinderea privirilor de pe mâinile ce ascund jucăria sau prin tresărire, întorcând capul etc.

Între 18 - 30 luni, se folosesc testele de cooperare. Acestea folosesc limbajul verbal implicat în instrucţiuni verbale simple, la nivelul de înţelegere al copilului. Cel mai jos nivel la care copilul poate răspunde este de 40 dB (vorbirea specialistului). Dintre testele de cooperare amintim testul Mc. Carmick şi Kandell Toy Test.

Testul Mc. Cormick este un test de indicare din ochi a patru jucării: răţuşcă, lingură, pahar, pantof (sunt denumite de cuvinte monosilabice în limba engleză). Este necesar ca aceste jucării să fie cunoscute de copil. Se vorbeşte cu copilul despre jucării, apoi acestea sunt aşezate în formă de semicerc pe o masă, la o distanţă de 20 de cm una de alta. Copilul va sta în braţele mamei, iar specialistul va sta în spatele copilului. Copilul este întrebat **"unde este ...?"**, iar el trebuie să-şi îndrepte capul spre jucărie sau să o arate cu mâna. Dacă identifică bine obiectul, trebuie lăudat, stimulat.

Testul "Kandell Toy Test", ce a fost realizat şi descris de Kandell din 1944, este un test în care sunt implicate 10 jucării. Aceste jucării trebuie să fie cunoscute de către copil (atât obiectele, cât şi denumirile lor). Procedeul de testare este următorul: se întind jucăriile în faţa copilului pe o masă, iar specialistul, aşezat în spatele copilului, îi cere acestuia să aleagă o anumită jucărie. Jucăriile sunt selectate încât astfel să fie definite prin cuvinte monosilabice (ce conţin anumite grupuri de frecvenţe); specialistul trebuie să stea la un metru distanţă de copil. De asemenea, copilul trebuie să răspundă la cel puţin două comenzi pentru a trece testul, după Kandell. Testarea se face pentru ambele urechi.

Testul a fost preluat şi prelucrat de Mc Cormick, fiind un test de discriminare pe anumite tipuri de frecvenţe. Cuvintele sunt rostite la nivelul de discriminare auditivă de 40 dB. Criteriul de trecere, după Mc Cormick, constă în obţinerea a 4 răspunsuri corecte din 5 încercări, la nivelul de discriminare auditivă de 40 dB.

De la 2 la 4 ani, se aplică teste ce folosesc ilustraţii.

Testul auditiv cu ilustraţii este format din ilustraţii definite prin cuvinte monosilabice. Acestea trebuie să fie familiare copilului. Cuvintele de pe o pagină conţin aceeaşi vocală. În general, se observă o incapacitate de a diferenţia consoanele. Specialistul, care stă în spatele copilului, îi cere copilului să arate pe planşe imaginea denumită. Criteriul de trecere a testului constă în identificarea dintr-un şir de 5 imagini a cel puţin 4 imagini.

După vârsta de 4 ani, se foloseşte **audiometria de ton pur,** când copilul poate să sesizeze un ton pur emis de audiometru.

Această metodă s-a dezvoltat în prima jumătate a secolului al XX-lea ca o metodă de măsurare a pierderii auditive. Se realizează măsurarea atât a conducţiei aeriene, cât şi a conducţiei osoase. Testarea sensibilităţii auditive se realizează pentru toate tipurile de frecvenţe specifice audiţiei umane şi pentru toate intensităţile.

Prin această metodă se procedează la găsirea pragului audibilităţii. Unele măsurători au loc la niveluri ale sunetului care sunt auzite de subiect repede în cazul **testelor de auz de supraprag.** Stabilirea pragului de auz (zona în care subiectul tocmai a perceput sunetul) presupune ca subiectul să audă la cel puţin 50% din sunetul respectiv.

Audiometria se realizează la ambele urechi succesiv. Sunetul este generat ca un curent electric de către **audiometru** şi este convertit în unde sonore de către **receptori (căşti** sau **vibratorul de conducţie** osoasă a audiometrului). Căştile sunt folosite pentru a transmite sunetul pe cale aeriană şi permite astfel măsurarea pragului de conductibilitate a aerului. **Vibratorul** este folosit pentru a măsura pragul de conductibilitate osoasă.

În cazul **audiometriei de ton pur pe cale aeriană** se realizează o diagramă, numită audiogramă, în urma emiterii unor tonuri pure prin intermediul căştilor plasate pe pavilioanele urechii. Când se stabileşte **nivelul auzului pentru conductibilitatea aeriană**, sunetul ar trebui să treacă prin urechea externă, urechea medie şi urechea internă; dacă o parte a aparatului auditiv nu funcţionează normal, pragul de conductibilitate aeriană este afectat. Acest prag măsoară în totalitate gradul de pierdere a auzului. Pragurile de conductibilitate aeriană pentru urechea dreaptă se notează în audiograma prin cotaţia "0", iar pentru urechea stângă se notează cu "X".

De obicei, pragul de auz este diferit pentru diferite frecvenţe, diagrama arătînd ca o curbă.

Notarea în audiogramă este diferită în cazul testării auzului prin conducţie osoasă, folosindu-se, în acest caz, simbolul "Δ" şi este acelaşi pentru ambele urechi pentru că în audiometria osoasă se testează audiţia pentru urechea cea mai bună, răspunzând doar urechea cu cohleea cea mai bună.

Datorită faptului că pragurile de conducţie aeriană dau informaţii despre starea globală a auzului şi pragurile de conducţie osoasă dau informaţii despre starea auzului în urechea internă, se poate defini, prin folosirea celor două metode, tipul de pierdere a auzului.

În **surditatea neuro-senzorială** sau de percepţie pragurile de conducţie osoasă şi aeriană sunt joase în aceeaşi măsură. În **surditatea de conducţie,** există o diferenţă între pragul conducţiei aeriene şi pragul conducţiei osoase, denumită **"prăpastia aer-os"**. Dacă "prăpastia" este de 15 dB, surditatea este conductivă, iar când conducţia osoasă este mai joasă, surditatea este neuro-senzorială; dacă "prăpastia" este 0, surditatea este mixtă.

Testarea sensibilităţii auditive pentru vocea umană se numeşte audiometrie vocală şi este mai laborioasă, dar furnizează informaţii mai precise despre înţelegerea limbajului verbal de către subiect. Orice audiometru are un microfon prin care se derulează o bandă înregistrată cu o voce reală, care poate fi modificată din punct de vedere al frecvenţei şi intensităţii. Prin microfon se transmit sunete izolate, cuvinte monosilabice sau şiruri de cuvinte (alese în funcţie de frecvenţele majore pe care le includ sunetele lor), propoziţii scurte sau mici fragmente verbale. Se transmit serii de cuvinte (10-20) şi în timp ce subiectul audiază prin căşti, notează pe un formular cuvintele auzite. La final se face o comparaţie între ceea ce s-a emis şi ceea ce a auzit subiectul testat, pentru a stabili cât % aude din vorbire.

Alte modalităţi de testare a auzului, de către specialişti, sunt: **acumetria fonică,** ce dă informaţii despre gradul pierderii de auz şi **acumetria instrumentală,** ce furnizează informaţii despre topografia leziunii auditive.

După efectuarea testării auditive şi aflarea pragurilor auditive pentru principalele frecvenţe, importante mai ales pentru percepţia limbajului verbal, se procedează la protezare, utilizându-se protezele auditive.

Protezele auditive măresc presiunea sunetului în organul auditiv prin captarea sunetului cu un microfon, amplificarea şi transmiterea sunetului amplificat la un receptor sau la o cască ataşată de ureche, cu ajutorul unei olive. Aceste aparate nu pot corecta deficienţele analizatorului auditiv, dar pot suplini sau minimaliza unele din efectele acestor tulburări.

Este necesar să se cunoască performanţele aparatului auditiv din punct de vedere al capacităţii de amplificare a sunetului şi al acurateţei redării lui pentru a se potrivi cu caracteristicile audiogramei persoanei ce îl va purta. Mai ales în cazul copiilor, trebuie cunoscut tipul pierderii de auz, caracteristicile audiogramei lui, pentru a alege exact tipul protezei auditive care să suplinească auzul deficitar. Protezele auditive au putere de amplificare diferită.

Un aparat de amplificare se compune din: **microfon**, care colectează sunetele şi le converteşte în impulsuri electrice; **amplificator**, care măreşte energia sonoră; **receptor**, care schimbă impulsul electric în unde sonore; **olivă**, care conectează proteza auditivă cu urechea. Toate acestea sunt activate de o **baterie sau** de către **un acumulator.** În cazul protezelor auditive de corp, receptorul este despărţit de corpul protezei.

Există mai multe sisteme de amplificare, şi anume: aparate personale, purtate în întregime de deficient; proteze auditive radio, purtate o parte de copil şi altă parte de părinte sau profesor;sisteme de amplificare; sisteme de amplificare de grup,folosite în clase, sisteme de amplificare folosite în cabinete.

Majoritatea copiilor au nevoie de proteze individuale pentru fiecare ureche.

Dintre **protezele personale,** unele au **receptorul inclus în olivă** şi se fixează astfel în cochilia urechii externe sau la nivelul conductului auditiv

Altele se ataşează la nivelul urechii externe, retroauricular, şi se fixează cu ajutorul olivelor, **protezele retroauriculare** (figura de mai jos).

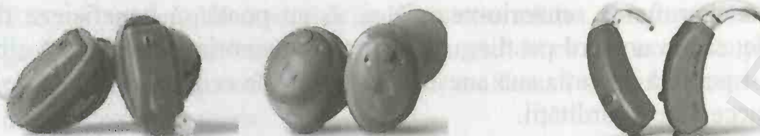


Fig. 1. **Proteze auditive**

Există şi **protezele auditive ataşate de corp**; erau cele mai puternice şi erau folosite, în special, de către copiii mici cu deficienţă de auz profundă; în trecut, erau folosite şi de către adulţii cu pierderi severe de auz. Erau formate dintr-o cutie, ce conţine părţile electronice (microfonul, amplificatorul şi butoanele de control), care se fixa într-un buzunar, în partea anterioară a corpului. Din cutie pornesc două tuburi de plastic care conduc sunetul la receptor care se introduce în olivă, iar oliva se fixează în urechea externă. Aceste proteze, pentru că erau mai mari, dădeau un răspuns, pe frecvenţă, mai bun şi o distorsionare mai mică pe frecvenţele joase. De asemenea, pentru că microfonul era separat de receptor, fenomenul de feed-back acustic era mai greu de atins.În ultimul deceniu, tehnologia avansată a permis realizarea unor proteze auditive tot mai mici şi estetice fără a face rabat la puterea de amplificare.

Implantul cohlear este un tip special de proteză auditivă, destinată persoanelor total surde care nu pot auzi nimic chiar cu cele mai puternice proteze convenţionale. În cele mai multe cazuri, surditatea este de tip neurosenzorial, iar partea care nu funcţionează este cohlea, nervul auditiv fiind intact; de asemenea, reprezentanta corticală. Prin implantul cohlear nervul auditiv este stimulat determinând senzaţia de auz.

În general, implantul cohlear se compune din părţi exterioare (microfon, procesorul verbal şi transmiţătorul) şi din părţi interioare (decodorul sau receptorul şi electrozii).

Semnalele electrice din microfon sunt transformate la nivelul procesorului verbal într-un cod special şi trimise către transmiţător care, se prezintă sub forma unui disc mic, amplasat în spatele urechii externe. Semnalul este transmis, de obicei, prin unde radio, prin piele, către receptor care este fixat sub piele şi are dimensiunile unei monede mici. Semnalul din receptor trece, prin conductori, la electrozi care pot fi plasaţi în cohlee sau pe suprafaţa acesteia. Cu ajutorul electrozilor trece un flux de curent prin cohleea spre nervul auditiv ce poartă spre cortex impulsul nervos. Se formează astfel, în cortexul auditiv senzaţia de auz.

Transmiţătorul care este pe piele, suprapus peste receptorul îngropat în piele, poate fi fixat pe o „bandă de cap", ataşată unor ochelari sau chiar cu o agrafă. Acesta poate fi uşor fixat pe păr, ca de altfel şi procesorul care poate fi pus în buzunar sau atârnat de gât şi ale cărui fibre pot fi acoperite de haine.

Se foloseşte, în prezent, sistemul multi-canal ce desparte semnalul în mai multe canale şi fiecare canal este trimis spre electrozi diferiţi. În intervenţiile chirurgicale actuale se foloseşte o bandă de 22 de electrozi care se fixează în cohlee. Aceasta face

posibil ca purtătorii unui asemenea tip de implant cohlear să înţeleagă vorbirea chiar fără ajutorul cititului de pe buze.

În general, în decizia efectuării unui implant cohlear se ţine cont ca solicitantul să aibă o surditate profundă senzorio-neurală şi să nu poată să beneficieze de protezele convenţionale; să fie un surd postlingual şi să aibă memoria sunetelor; să aibă sănătatea bună care să-i permită operaţia sub anestezie; să prezinte echilibru psihologic şi să aibă o atitudine de acceptare a surdităţii.

Referitor la implantul cohlear la copii, cercetările din ultimii 10 ani au demonstrat, în cazul copiilor surzi prelingual, că există suficient de multe schimbări în performanţele obişnuite la diferite teste psihologice după implantul cohlear. De asemenea, copiii cu implant cohlear sunt educaţi după un program de stimulare aurală mai lentă în privinţa achiziţionării limbajului în comparaţie cu copiii deficienţi de auz ce poartă alte tipuri de proteze şi pentru care programele de stimulare, oral - aurale sunt mai rapide.

Datele preliminare, rezultate din aceste cercetări, îndreptăţesc echipele care realizează implantul cohlear să ţină cont cu multă precauţie, în cazul selectării unui copil pentru implant cohlear, de factori, precum: vârstă, etiologie, debutul în timp al surdităţii profunde, maturizarea neuronală, mediu educaţional etc.

Protezele de până acum conduceau sunetul cu ajutorul olivei în canalul auditiv. Pentru unii copii, acest lucru nu este posibil deoarece au pavilioanele deformate şi nu pot suporta oliva sau nu au canal auditiv sau anumite boli cronice împiedică fixarea olivei în ureche. În aceste condiţii, copilul poate fi dotat cu o **proteză cu conducţie osoasă**. Când o persoană aude normal, unele sunete produc vibraţii în osul craniului. Aceste vibraţii stimulează urechea internă în mod direct, ocolind traseul obişnuit (urechea externă şi urechea medie).

Proteza auditivă cu transmisie osoasă foloseşte acest efect, transferând energia sunetului direct la oasele craniului printr-un vibrator special. Acest vibrator este o mică piesă ce se fixează pe osul mastoid, în spatele urechii cu o bandă metalică ce trece peste cap.

Vibratorul este conectat cu o proteză post aurală sau cu o proteză de corp.

Proteza cu conducţie osoasă poate fi foarte folositoare în cazul copiilor care nu au pierderea de auz prea mare de natură senzorio-neurală.

Calitatea sunetului ca şi viteza de amplificare a protezelor cu conducţie osoasă nu este la fel de bună ca a celor cu conducţie aeriană. Se pot invoca şi probleme legate de purtarea acestei proteze. De exemplu, transpiraţia de pe osul mastoid îngreunează atât purtarea cât şi transmiterea energiei sunetului.

Uneori, în condiţiile de folosire continuă a acestui tip de proteză, se poate proceda la implantarea în osul mastoid a unui mic suport din titan pe care se fixează apoi vibratorul osos. Astfel, se depăşesc inconvenientele de purtare şi se îmbunătăţeşte transferul de energie.

Amplificatoarele auditive de grup

Acestea sunt folosite în clase sau unităţi speciale unde învaţă copii cu deficienţe de auz şi se prezintă sub formă de aparatură fixată într-un anumit loc (bănci, mese),

conectată la tensiune înaltă. Toți copiii poartă căști și au un **microfon** propriu putând să-și audă propria voce și să audă vocea altora, fiind interconectați. Profesorul are, de asemenea, un microfon conectat la sistem și poate transmite copiilor un mesaj verbal foarte clar. Efectul zgomotului mediului ambiant este minim. Se consideră că protezele auditive de grup oferă cea mai bună informație acustică în cazul unor discuții desfășurate în grup, iar controlul parametrilor acestora se realizează cu mai mare acuratețe în comparație cu protezele personale.

Amplificatoarele pentru antrenament verbal

Aceste aparate au calități acustice la fel de bune cu cele de grup, dar sunt destinate a fi folosite individual. Apar ca module separate dintr-un sistem de amplificare de grup, sunt mai mici, portabile, folosind baterii puternice sau putând fi conectate la tensiune înaltă. Acestea pot fi utilizate în interior ca și în exterior sau chiar acasă în cazul copiilor mici. Sunt folosite pentru conversație, citire cu voce tare și muncă individuală, în general.

Copilul aude atât vocea lui, cât și pe cea a profesorului în condiții foarte bune. Chiar dacă aparatul este folosit scurt timp, un sfert de oră, o jumătate de oră, experiența acustică deosebită de care beneficiază este importantă pentru însușirea limbajului verbal.

Protezele auditive sistem radio

Zgomotul din ambianța sonoră precum și creșterea distanței față de ascultător sunt factori care diminuează performanțele unei proteze personale. Tehnica a permis ca în ultimul deceniu al secolului al XX-lea să apară protezele auditive sistem radio, care depășesc neajunsurile protezelor clasice individuale cauzate de reverberații și zgomot. Aceste aparate sunt frecvent folosite de către copiii cu deficiențe de auz integrați în clasele din școala obișnuită. Trebuie specificat că ceea ce determină superioritatea protezelor auditive sistem radio nu este calitatea mai bună a sunetului, ci reducerea interferențelor provocate de zgomotul din jur, datorită posibilității vorbitorului de a avea microfonul aproape de gură, deci se reduce distanța de microfon.

Receptorul este purtat de către copil astfel încât să-i fie comod. Când funcționează, transmițătorul trimite semnale Radio FM pe măsură ce profesorul sau părintele vorbește, către receptorul purtat de către copil, dar copilul nu posedă transmițător și deci nu poate trimite semnale radio înapoi.

Atât transmițătoarele, cât și receptoarele sunt puse în funcțiune cu ajutorul acumulatorilor.

Fiind unanim recunoscute avantajele folosirii sistemelor de protezare „radio", acestea au totuși și unele neajunsuri. În discuțiile de grup, de exemplu, acest sistem nu este avantajos deoarece copiii nu-și aud vocile unul altuia cu excepția microfonului de ambianță al protezei individuale. Singura voce care este foarte clară este cea a profesorului. În acest sens, în cazul discuțiilor de grup unde copiii își aduc propria contribuție, se recomandă să se folosească protezele de grup sau în cazul utilizării protezelor „radio" se practică o metodologie specială de interacțiune comunicațională în grup în cadrul căreia este exclus aportul verbal simultan și este încurajată ascultarea și

implicarea succesivă în discuţii. Protezele radio şi-au găsit, de asemenea, o utilizare fructuoasă chiar şi acasă, de exemplu, în cazul utilizării lor de către copiii mici.

Sistemul de transmitere prin raze infraroşii

Mecanismul de funcţionare a acestui sistem este similar cu cel al sistemului radio, numai că în loc de unde Radio FM sunt proiectate raze infraroşii. Şi în acest caz vorbitorul poartă un transmiţător, iar copilul un receptor. Aceste piese nu trebuie acoperite de haine, deoarece lumina proiectată de transmiţător nu poate penetra obiecte, precum undele radio. Acest sistem este eficient doar în interiorul camerei. De asemenea, în săli foarte mari puterea razei proiectate poate fi insuficientă pentru a oferi o calitate bună a semnalului. Acest neajuns poate fi depăşit prin instalarea în asemenea săli a unor proiectoare speciale de infraroşii. Sistemul de amplificare cu raze infraroşii se foloseşte în cazurile când într-o şcoală normală sunt ocupate frecvenţele radio de către copiii cu deficienţe de auz integraţi sau când, datorită amplasamentului, o anumită şcoală este victima unor frecvente interferenţe radio.

Factori care influenţează recepţia mesajului verbal

Trebuie avut în vedere că odată ce copilul foloseşte un anumit tip de proteză auditivă şi aceasta este menţinută în stare de funcţionare la parametri optimi, nu înseamnă că i se conferă de la sine accesul la învăţarea limbajului verbal. Există câţiva factori obiectivi şi subiectivi de care trebuie să se ţină seama. În primul rând, **locul unde este aşezat copilul în clasă** are importanţă în recepţionarea mesajului verbal. În afară de faptul că **distanţa faţă de vorbitor trebuie să fie optimă**, copilul are nevoie **să vadă faţa celui care vorbeşte**, profesor sau colegi; labiolectura şi mijloacele extralingvistice pe care cel ce vorbeşte le foloseşte îi oferă copilului indici suplimentari preţioşi, pe lângă cei oferiţi auditiv cu ajutorul protezei.

Stilul de predare al profesorului, ritmul de vorbire, eliptic sau desonorizat influenţează, de asemenea, recepţia, decodificarea verbală şi chiar însuşirea unui limbaj verbal normal.

În literatura de specialitate din ultimul deceniu se pune un accent deosebit pe „modelul verbal" oferit copilului încă de la o vârstă fragedă, model ce s-a dovedit a influenţa în mod deosebit achiziţionarea limbajului verbal natural, bineînţeles în condiţiile unei bune protezări.

Condiţiile în care se desfăşoară receptarea mesajului sonor au o importanţă primordială în decodificarea şi interpretarea acestuia.

Când în centrul atenţiei este copilul deficient de auz, care fie că urmează o şcoală specială, fie că este integrat „spontan" în şcoala pentru copii auzitori, trebuie să se ia în consideraţie câţiva factori obiectivi spre a veni în sprijinul purtătorului de proteză auditivă, cum sunt: **influenţa zgomotului**, a **distanţei faţă de microfon** şi a **reverberaţiilor**.

Raportul dintre semnalul sonor şi zgomot trebuie să aibă o valoare pozitivă pentru ca recepţia mesajului verbal să fie posibilă. **Tucker** şi **Nolan** (1995) arată că în cazul unei persoane cu auz normal, pentru a putea discrimina vorbirea corect, raportul sunet/zgomot trebuie să fie +10 ,+20 dB (în care semnalul sonor este cu +10, +20 dB mai intens decât zgomotul). Specialiştii au constatat că pentru o persoană ce foloseşte proteze auditive, raportul sunet/zgomot trebuie să fie mai mare, aproximativ + 30 dB.

Cercetările au scos la iveală că, într-o clasă disciplinată dintr-o şcoală normală, zgomotul de fond este +60 dB. În acest caz, profesorul trebuie să ridice vocea până la 90 dB pentru a fi auzit de purtătorul unei proteze auditive convenţionale; or acest lucru este imposibil de realizat pentru majoritatea cadrelor didactice. În general, profesorul este de cele mai multe ori plasat prea departe de copii, pentru ca un semnal sonor suficient de intens să ajungă şi să fie receptat corect de către elevii, deficienţi purtători de proteză. În acest caz, trebuie acţionat pentru **reducerea distanţei de microfon** şi pentru înlăturarea zgomotului. Acest deziderat se obţine prin folosirea sistemelor de transmisie radio şi infraroşii, precum şi prin încercarea de plasare a copilului în apropierea catedrei. Uneori însă în clasele din şcolile generale s-au găsit niveluri ale zgomotului de fond de 80-90 dB, ceea ce face ineficientă chiar folosirea protezelor „radio".

Este necesar controlul nivelului zgomotului şi, deci, îmbunătăţirea raportului semnal sonor/zgomot ce vine din afara şcolii, a celui ce se naşte în interiorul clădirii şi din interiorul clasei propriu-zise.

Zgomotul ce vine din afară este dificil de redus dacă nu s-a ţinut cont la construirea şcolii de poziţia clădirii faţă de arterele aglomerate de trafic, de liniile de înaltă tensiune, de fabrici etc. Geamurile duble pot fi un oarecare remediu atât timp cât acestea nu se deschid.

Zgomotul ce se stârneşte în şcoală pe coridoare, zgomotul de pe terenul de joacă, sport, săli de muzică, cantine, ateliere afectează deosebit copilul deficient de auz integrat într-o şcoală generală.

Reverberaţiile, formate de sunetele reflectate de pereţi sau de suprafeţe tari, derutează şi ele ascultătorul. Acestea au o rută mai lungă decât undele sonore emise iniţial şi ajung la ureche după sunetul iniţial, interferându-se cu el. O persoană care vorbeşte într-o sală mare sau într-un hol reverberant, este greu de înţeles.

Timpul de la emiterea unui sunet până la oprirea reflectării lui se numeşte „timp de reverberaţie". Timpul optim de reverberaţie este de 0,5 secunde. În clasele din şcoală s-a găsit un timp de reverberaţie de 1,2 secunde. Pentru a obţine un timp apropiat de cel optim, este necesară tratarea acustică a încăperilor, folosind materiale fonoabsorbante. Aceste modificări sunt făcute de ingineri acusticieni care pot alege materialele absorbante specifice pentru anumite frecvenţe de sunete. La nivelul claselor, se pot face unele amenajări în acest sens prin acoperirea podelelor cu mochete sau a suprafeţelor dure cu draperii sau alte materiale.

3. INTEGRAREA SOCIO-PROFESIONALĂ A DEFICIENȚILOR DE AUZ

Integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap, în general (deci și cea a deficienților de auz), este reglementată prin Legea nr. 448 din 18 decembrie 2006. Principiile enunțate în art. 3, referitoare la protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, includ:

- egalizarea șanselor;
- egalitatea de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă;
- solidaritatea socială;
- responsabilizarea comunității;
- adaptarea societății la persoana cu handicap;
- integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap, cu drepturi și obligații egale ca toți ceilalți membri ai societății.

Între termenii și expresiile folosite în textul legii, relevante pentru integrarea socio-profesională a deficienților de auz sunt următoarele (cf. art. 5):

- *acces neîngrădit al persoanei cu handicap*: accesul fără limitări sau restricții la mediul fizic, informațional și comunicațional;
- *accesibilitate*: ansamblul de măsuri și lucrări de adaptare a mediului fizic, precum și a mediului informațional și comunicațional, conform nevoilor persoanelor cu handicap (considerat drept factor esențial de exercitare a drepturilor și de îndeplinire a obligațiilor persoanelor cu handicap în societate);
- *adaptare*: procesul de transformare a mediului fizic și informațional, a produselor sau sistemelor, pentru a le face disponibile și persoanelor cu handicap;
- *adaptare rezonabilă la locul de muncă*: totalitatea modificărilor făcute de angajator pentru a facilita exercitarea dreptului la muncă al persoanei cu handicap, ceea ce presupune modificarea programului de lucru, achiziționarea de echipament, dispozitive și tehnologii asistive etc.;
- *angajare asistată*: opțiunea de angajare care facilitează activitatea în locuri de muncă obișnuite de pe piața competitivă a muncii și care presupune oferirea de sprijin în căutarea locului de muncă și la locul de muncă, transport, tehnologii ajutătoare, instruire, specializare;
- *egalizare a șanselor*: procesul prin care diferitele structuri sociale și de mediu, infrastructura, serviciile, activitățile informative sau documentare devin disponibile și persoanelor cu handicap;
- *incluziune socială*: setul de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sănătății, informării și comunicării, mobilității, securității, justiției și culturii, destinate combaterii excluziunii sociale;
- *loc de muncă protejat*: spațiul aferent activității persoanei cu handicap, adaptat nevoilor acesteia, care include cel puțin locul de muncă, echipamentul, toaleta și căile de acces;

- *program individual de servicii*: documentul care fixează obiective pe termen scurt, mediu şi lung, precizând modalităţile de intervenţie şi de sprijin pentru adulţii cu handicap, prin care se stabilesc activităţile şi serviciile precizate în programul individual de reabilitare şi integrare socială;
- *program individual de reabilitare şi integrare socială*: documentul elaborat de comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, în care sunt precizate activităţile şi serviciile de care adultul cu handicap are nevoie în procesul de integrare socială;
- *şanse egale*: rezultatul procesului de egalizare a şanselor, prin care diferitele structuri ale societăţii şi mediului sunt accesibile tuturor, inclusiv persoanelor cu handicap;
- *tehnologie asistivă şi de acces*: tehnologia care asigură accesul cu şanse egale al persoanelor cu handicap la mediul fizic, informaţional şi comunicaţional;
- *unitate protejată autorizată*: operatorul economic de drept public sau privat, cu gestiune proprie, în cadrul căruia cel puţin 30% din numărul total de angajaţi cu contract individual de muncă sunt persoane cu handicap.

Cea de a şaptea dintre *Regulile Standard privind Egalizarea Şanselor pentru Persoanele cu Handicap* (adoptate de Adunarea Generală a Naţiunilor Unite cu ocazia celei de a 48-a sesiuni din 20.12.1993, prin Rezoluţia 48/96) stipulează faptul că legile privind ocuparea forţei de muncă trebuie să fie nediscriminatorii, ba chiar să sprijine activ integrarea profesională a persoanelor cu handicap printr-o serie de măsuri facilitatorii, precum calificarea profesională, cotele stimulative (cu reducere de impozite pentru angajatori), modalităţile de rezervare sau protejare a locurilor de muncă, creditele şi garanţiile destinate micilor întreprinzători din rândul persoanelor cu handicap, prevederile contractuale favorizante, drepturile prioritare sau contractele exclusive pentru anumite tipuri de servicii sau produse, reducerile sau scutirile de anumite taxe şi impozite, oferire de *know-how* sau de echipamente tehnice pentru firmele care angajează persoane cu handicap etc. Se mai referă şi la măsurile necesare pentru proiectarea şi adaptarea locurilor de muncă şi a utilajelor şi echipamentelor tehnice astfel încât acestea să devină accesibile persoanelor cu handicap. De asemenea, statele trebuie să iniţieze şi să sprijine campanii de creştere a conştientizării drepturilor persoanelor cu handicap în sfera muncii retribuite, precum şi acţiuni destinate depăşirii atitudinilor negative faţă de angajaţii proveniţi din rândul persoanelor cu handicap.

Ocupaţiile accesibile astăzi persoanelor cu deficienţe auditive sunt mult mai numeroase şi necesită o calificare mai înaltă decât în urmă cu un deceniu. În statele puternic industrializate se constată o diversificare tot mai pronunţată a ofertei de locuri de muncă înalt calificate accesibile persoanelor surde şi hipoacuzice, fenomen explicabil nu doar printr-o cultură organizaţională dezvoltată, dar şi prin oportunităţile de comunicare moderne (TTY, internet relay services, text-messaging, Jon Wurtzel, "Deaf go mobile phone crazy". BBC News, 8 feb. 2002, http://news.bbc.co.uk/2/hi/ science/ nature/1808872.stm, ian. 2010). În Statele Unite, Marea Britanie sau Canada, de exemplu, există puţine contraindicaţii în ceea ce priveşte ocupaţiile accesibile deficienţilor de auz. Exemple celebre de persoane cu deficienţe auditive care s-au remarcat în plan

profesional: Vinton Cerf (unul din creatorii rețelei ARPANET, predecesoare a internetului modern, co-proiectant al protocolului TCP/IP pentru comunicarea prin internet), Heather Whitestone (Miss America în 1995, membră a Consiliului Consultativ al Institutului Național al Sănătății din S.U.A. pe probleme de surditate și alte tulburări de comunicare), Thomas Coughlin (primul preot catolic surd din S.U.A.), Sue Thomas (agent FBI), Marlee Matlin (actriță). Persoanele surde sau hipoacuzice pot alege practic orice profesie, de la cele de avocat, medic, dentist, cercetător, preot, pompier, paramedic, actor, sportiv profesionist, cascador, artist sau scriitor, profesor pentru elevi deficienți de auz ori interpret în limbaj mimico-gestual, până la cele de pilot și astronaut ("*Can Do* careers for deaf people". Transition Services: Preparation & Training. Kent State University, OH.). În fine, până în prezent, sunt trei deficienți de auz laureați ai Premiului Nobel: Charles H. Nicolle (1928, medicină), Charles Sherrington (1932, medicină), respectiv John W. Cornforth (1975, chimie) (**Lang**, 1994; **Lang și Meath-Lang**, 1995).

În țara noastră, oferta educațională, destinată persoanelor cu deficiențe auditive, este relativ limitată. Școala pentru deficienți de auz nr. 2 („Sfânta Maria") din București are și o clasă de arte și meserii (clasa a IX-a) pentru pregătirea în domeniul confecțiilor (tricotaje). Centrul școlar nr. 3 (pentru copii cu deficiențe de auz) din București oferă cursuri de calificare în următoarele meserii: tinichigerie, vopsitorie auto, cizmărie, frizerie, precum și în cele de faianțer și zugrav. Grupul școlar „SAMUS" din Cluj-Napoca (http://www.cjcluj.ro/sps-prezentare/) se adresează atât elevilor cu deficiență de auz, cât și celor cu deficiență mintală, aceștia putând opta pentru formare în meserii precum lucrător în tâmplărie, lucrător în tricotaje-confecții, lucrător în estetica și igiena corpului omenesc, lucrător în alimentație, lucrător finisor în construcții, lucrător instalator în construcții, lucrător în lăcătușerie mecanică structuri. În ceea ce privește formele superioare de educație, facultatea de teologie ortodoxă din cadrul Universității din Pitești (http://www.basilica.ro/ro/stiri/program_de_master_pentru_formarea_interpretilor_in_limbajul_mimico_gestual_la_universitatea_din_pitesti.html, ian. 2010) oferă cursuri pentru formarea preoților fluenți în limbaj mimico-gestual, inclusiv un program de master pentru formarea interpreților în limbajul mimico-gestual. Planul de învățământ al acestui program de master pentru formarea interpreților în limbajul mimico-gestual va dura doi ani (patru semestre în total), incluzând discipline precum: limbajul mimico-gestual românesc, simbolistica semnelor, gramatica limbajului mimico-gestual românesc, psihopedagogia persoanei surde, limbajul mimico-gestual american (ASL), fundamentele biblice, teoria și practica traducerii, comunicare non-verbală, precum și alte cursuri practice. În ceea ce privește învățământul superior laic, accesul persoanelor cu deficiențe de auz la diferite forme și specializări este nediscriminatoriu, deși posibilitățile de suport educațional specializat (mimico-gesticulație, de exemplu) sunt rarisime. Procurarea cursurilor în ediție tipărită sau electronică, adaptarea activităților de seminar sau lucrări practice la nevoile de comunicare ale studenților și masteranzilor deficienți de auz, examinarea scrisă, mentoratul, consultațiile etc. sunt modalități de egalizare a șanselor la educație frecvent folosite, fără a exista însă programe dedicate surzilor sau hipoacuzicilor.

Integrarea socio-profesională a deficienților de auz presupune mai mult decât învățarea unei meserii și oferirea unui loc de muncă. Proiectele și programele destinate recuperării și integrării deficienților de auz au drept obiective centrale formarea interrelațiilor sociale prin dezvoltarea limbajului și comunicării, ca și prin stimularea

autonomiei şi independenţei socio-profesionale (**Rozorea**, 2003). În ţările puternic dezvoltate există numeroase servicii destinate nu doar sprijinirii persoanelor deficiente de auz în găsirea unei slujbe, dar şi asistării potenţialilor angajatori în crearea unor condiţii de muncă accesibile deficienţilor de auz.

Consilierea vocaţională a persoanelor cu deficienţe auditive include activităţi precum identificarea intereselor profesionale şi a aptitudinilor şi deprinderilor utile în plan profesional, dezvoltarea carierei, însuşirea tehnicilor de redactare a c.v.-ului şi a deprinderilor de autoprezentare în cadrul unui interviu ori formarea abilităţilor de păstrare a locului de muncă. Consilierea angajatorilor se referă, de cele mai multe ori, la informarea acestora cu privire la cerinţele de comunicare speciale ale persoanelor deficiente de auz sau la echipamentele speciale necesare deficienţilor de auz în activitatea de muncă respectivă.

La noi, orientarea profesională a persoanelor cu deficienţe auditive se face în funcţie de particularităţile somatice, intelectuale şi aptitudinale individuale, de gradul pierderii auditive, de nivelul dezvoltării comunicării orale şi al limbajului în general, de indicaţiile sau contraindicaţiile medicale ale unei profesii sau alta, de oferta pieţei muncii din zona de reşedinţă şi, fireşte, în funcţie de opţiunea personală şi cea a familiei (**Rozorea**, 2003).

În opinia noastră, pregătirea deficienţilor de auz pentru a duce o viaţă socială şi profesională încununată de succes trebuie să includă şi activităţi de management al expresiei şi conduitei, însemnând, pe de o parte, formarea unor patternuri de comunicare şi interacţiune funcţionale între persoanele cu handicap auditiv şi cele cu auz normal (îndeosebi în situaţiile în care auzitorii nu cunosc şi nici nu sunt interesaţi de învăţarea limbajului mimico-gestual), iar, pe de altă parte, elaborarea celor mai eficiente tehnici şi strategii de optimizare a relaţiilor interpersonale dintre surzi şi auzitori în contextul demersurilor vizând integrarea educaţională, profesională şi socială şi normalizarea (**Buică**, 2004). Aceste activităţi trebuie planificate pe patru axe (cognitiv-acţională, afectiv-motivaţională, comportamental-relaţională, respectiv moral-valorică), având în centru persoana cu handicap auditiv. Structura activităţilor vizând managementul expresiei şi conduitei este următoarea:

- pe *axa cognitiv-acţională*:
  - însuşirea elementelor corecte ale comunicării (referitoare la limbajul semantic şi ectosemantic, manipularea contextului, controlarea mijloacelor, ajustarea mesajului la reacţia interlocutorului, cunoaşterea reprezentărilor acestuia despre capacităţile persoanei cu handicap, sesizarea disonanţei cognitive, eliminarea perturbaţiilor);
  - performarea corectă a comunicării (fluenţă, expresivitate, rigurozitate, ideaţie, feed-back).
- pe axa *afectiv-motivaţională*:
  - controlul afectivităţii (filtrarea emoţiilor, combaterea afectelor, rafinarea sentimentelor, evitarea trăirilor negative în public, cultivarea reacţiilor de simpatie, dezvoltarea inteligenţei emoţionale);
  - reglarea motivaţiei (ierarhizarea motivelor, definirea trebuinţelor, amânarea satisfacerilor imediate, dezvoltarea motivaţiei intrinseci,

conturarea şi ierarhizarea intereselor, ajustarea nivelului de aspiraţii, perseverarea în atingerea scopurilor legitime).

- pe axa *comportamental-relaţională*:
  - controlul conduitei (însuşirea normelor de comportare civilizată, mascarea notelor deficitare, eliminarea mişcărilor stereotipe sau parazite, îmbogăţirea repertoriului de gesturi, stăpânirea ritmului mişcărilor, perfecţionarea coordonărilor psihomotorii);
  - desfăşurarea optimă a interacţiunilor sociale (definirea eului social, cunoaşterea condiţiilor de relaţionare interpersonală, conştientizarea reprezentărilor sociale legate de handicap, valorizarea rolurilor, identificarea ierarhiilor, formarea deprinderilor de iniţiere, menţinere şi dezvoltare a contactelor interpersonale, elaborarea strategiilor de apărare).
- pe axa *moral-valorică*:
  - însuşirea principalelor precepte morale care guvernează relaţiile interumane şi legitimează acţiunile individuale, concomitent cu dezvoltarea autonomiei morale;
  - însuşirea şi ierarhizarea valorilor finale şi, respectiv, instrumentale, în condiţiile structurării concepţiei personale despre lume şi viaţă (*die Weltanschauung*).

Operaţionalizarea obiectivelor se face în funcţie de criterii precum:

- tipul şi gradul deficienţei generatoare de handicap;
- prognosticul deficienţei generatoare de handicap;
- formele şi nivelurile compensării;
- reprezentările şi atitudinile comunităţii faţă de persoanele cu handicap, în general;
- reprezentările şi atitudinile comunităţii faţă de persoana cu handicap aflată în atenţia consultantului;
- vârsta şi sexul persoanei cu handicap;
- trăsăturile de personalitate ale persoanei cu handicap;
- trebuinţele şi aspiraţiile acesteia, în contextul capacităţilor şi incapacităţilor sale;
- alte variabile ce ţin de situaţia concretă şi care necesită evaluare detaliată (condiţii socio-economice particulare, convingeri religioase, climă, relief, caracteristici arhitecturale etc.).

Metodele sunt importate din psihologie, sociologie şi ştiinţele comunicării.
Strategiile de intervenţie, structurate cvadripartit, acţionează în două planuri:

a) *Individual* (modelarea armonioasă a eului şi constituirea unei imagini de sine echilibrate);
b) *Social* (decentrarea socială a eului şi confruntarea imaginii de sine cu alte puncte de vedere).

Rezultatele expectate se referă la cristalizarea eului; stabilizarea imaginii de sine şi ajustarea ei în funcţie de experienţele de viaţă; dobândirea deprinderilor de relaţionare interpersonală; stăpânirea mijloacelor de expresie; practicarea fluentă a diverselor maniere de comunicare; interiorizarea normelor şi valorilor sociale; integrarea socio-culturală; dezvoltarea personală (**Buică**, 2004, pp. 382-384).

În ideea facilitării procesului de integrare socio-profesională, putem identifica trei principii majore, a căror coroborare în practică ar servi în mod eficient deziderațului formării unor atitudini permisive față de acesta (**Buică**, 2002, pp. 64-65):

a) *Informare*: este indispensabil ca informația corectă, completă, neutră, provenind din surse autorizate să fie ușor accesibilă celor interesați (părinți, cadre didactice, angajatori, lideri comunitari). În cadrul activităților metodice se pot organiza informări periodice, urmate de discuții pe marginea aspectelor spinoase care să permită atât identificarea punctelor forte, cât și a celor inconsistente din strategia de integrare comentată. Aceste dezbateri trebuie să aibă întotdeauna în vedere situația concretă a unității respective, pentru a fi precizate cât mai detaliat posibilitățile reale de acces la facilitățile oferite de către angajator tuturor lucrătorilor, limitele de toleranță, pașii de urmat și durata de timp alocată fiecăruia. Concomitent, se impune corectarea permanentă a acelor reprezentări eronate referitoare la caracteristicile psihice și la capacitățile persoanelor cu handicap auditiv. Este de presupus că accesul optim la informație, participarea la cursuri de perfecționare în domeniul psihopedagogiei speciale, schimbul periodic de idei, opinii și cunoștințe, evaluarea realistă a succeselor sau eșecurilor înregistrate, formarea unor reprezentări adecvate cu privire la finalitățile și metodele specifice învățământului integrat să conducă în timp la depășirea reticențelor față de acest proces și la dobândirea competențelor necesare;

b) *Colaborare*: este imperioasă stabilirea unei comunicări sincere și directe între toți cei implicați în acest proces: elevi cu handicap auditiv, părinți ai acestora, cadre didactice titulare, profesori itineranți / de sprijin, alți specialiști în educația specială, angajatori, precum și lideri importanți în comunitate. La nivel organizațional, se impune atât colaborarea reală între instituțiile cu atribuții în domeniu, cât și stabilirea unor contacte viabile cu comunitatea de referință;

c) *Pragmatism*: este necesar să se țină cont de specificul fiecărui aspect luat în considerare. Orarul de muncă, dispoziția posturilor de lucru, facilitățile tehnice și ambientale, starea de spirit a celorlalți angajați, calitatea personalului de supervizare și conducere – toate (și încă multe altele) constituie variabile care pot influența succesul integrării, într-o măsură ce trebuie cântărită foarte atent. Este util să se profite de experiențele locale reușite, dar să se și identifice factorii care au facilitat acest succes. De asemenea, nu trebuie neglijate posibilitățile de inserție socio-profesională a absolvenților, fapt ce obligă la prospectarea pieței muncii și la anticiparea eventualelor mutații cu doi, trei ani înainte, pentru a evita situațiile de șomaj. În fine, fondurile bănești destinate integrării trebuie să fie gestionate cât mai eficient, oprindu-se finanțarea acelor proiecte care nu dau rezultatele scontate (**Buică,** 2002, pp. 64-65).

În concluzie, integrarea socio-profesională a persoanelor cu handicap auditiv reprezintă un proces continuu, cu structură dinamică, influențat permanent de variabile care țin atât de atuurile și vulnerabilitățile individului în cauză, cât și de interesele, oportunitățile și reprezentările sociale manifeste la nivel comunitar.

Anexa nr. 1

Rețeaua instituțiilor de învățământ din România destinate copiilor cu deficiențe de auz

GRĂDINIȚE

BUCUREȘTI: Str. Nicolae Caramfil, nr. 24, tel: 021.232.98.19 / 021.232.28.51, sector 1.
CRAIOVA: B-dul Mareșal Antonescu, nr. 105, tel: 0251.132.315, jud. Dolj.
CLUJ NAPOCA: Str. Dorobanților nr. 40-42, tel: 0264.431.460, jud. Cluj.
FĂLTICENI: Str. Ion Creangă, nr. 48, tel: 0230.442.385, jud. Suceava.
ORADEA: Str. Mihai Eminescu, nr. 17, tel: 0259.131.633, jud. Bihor.
SATU MARE: Str. Păcii nr. 6, tel: 0261.717.639, jud. Satu Mare.
SIBIU: Str. Andrei Șaguna, nr. 8, tel: 0269.414.698, jud. Sibiu.
TIMIȘOARA: Str. Alexandru Odobescu, nr. 25, tel: 0256.191.661, jud. Timiș.

ȘCOLI SPECIALE PENTRU DEFICIENȚI DE AUZ

BUCUREȘTI Nr. 1 (băieți): Str. Neatârnării, Nr. 5, tel: 021.667.20.90, sector 1.
BUCUREȘTI Nr. 2 (fete): Aleea Istru, nr. 6, tel: 021.778.76.55, sector 6.
BUZĂU: Str. Horticolei, nr. 52, tel: 0238.413.674, jud. Buzău.
CLUJ Nr. 1 (română): Calea Dorobanților, nr. 40, tel: 0264.430149, jud. Cluj.
CLUJ Nr. 2 (maghiară): Str. Gruia, nr. 92, tel: 0264.432.086, jud. Cluj.
FOCȘANI: Str. Cuza Vodă, nr. 56, tel :0237.626.769, jud. Vrancea.
GALAȚI: Str. Regimentul 11 Siret, nr. 7 bis, tel: 0236.433.777, jud. Galați.
SATU MARE: Piața Păcii, nr. 6, tel: 0261.717.639, jud. Satu Mare.
SIBIU: Str. Andrei Șaguna, nr. 8, tel: 0269.218.243, jud. Sibiu.
VASLUI: Str. M. Kogălniceanu nr. 25, tel: 0235.311.554, jud. Vaslui.
VICOVUL DE SUS: Sat Bivolărie, jud. Suceava.
TIMIȘOARA: Str. Bucegi, nr. 8, tel: 0256.224.401, jud. Timiș.

ȘCOLI SPECIALE PENTRU HIPOACUZICI

BUCUREȘTI: Str. Busolei, nr. 6, tel: 021.210.86.36, sector 2.
CRAIOVA: B-dul Mareșal Ion Antonescu, nr. 105, tel: 0251.132.315 jud. Dolj.

GRUPURI ȘCOLARE

CLUJ: Str. Fabrica de Zahăr, nr. 49-51, tel: 0264.414.623, jud. Cluj.
FOCȘANI: Str. Cuza Vodă, nr. 56, tel: 0237.626.769, jud. Vrancea.
IAȘI: Str. I. C. Brătianu , nr. 26, tel: 0232.115.332, jud. Iași.
TIMIȘOARA: Str. Gh. Doja, nr. 12, tel: 0256.191.872, jud. Timiș.

CENTRE ȘCOLARE PENTRU SURZI

BUCUREȘTI: Intrarea Austrului. nr. 37, tel: 021.321.09.35, sector 2.
CRAIOVA: Str. Beethoven, nr. 2, tel: 0251.411.451, jud. Dolj.

Anexa nr. 2

Oferta educaţională a instituţiilor de învăţământ destinate elevilor cu deficienţe de auz (exemplificări pentru anul şcolar 2009-2010).

Grădiniţa pentru hipoacuzici nr. 65 din Bucureşti

Învăţământ preşcolar integrat:

- preşcolari hipoacuzici (7 grupe), după un curriculum specific;
- preşcolari normali (4 grupe), conform curriculumului naţional.

Servicii educaţionale şi de recuperare:

- terapie şi recuperare pentru copiii cu surdocecitate şi deficienţe senzoriale asociate;
- recuperare psihopedagogică;
- recuperare logopedică;
- audiologie şi educaţie auditivă;
- intervenţie timpurie (0-3 ani) pentru copiii aflaţi în situaţii de risc;
- consiliere parentală pe probleme de protezare, recuperare, implant cohlear, integrare şcolară;
- asistenţă de specialitate penru copii integraţi în grădiniţe şi şcoli obişnuite.

Centrul Şcolar pentru Educaţie Incluzivă „Elena Doamna" din Focşani

Şcolarizează un număr de 265 elevi (cu vârste cuprinse între 3 şi 22 ani), după cum urmează:

- 2 grupe de grădiniţă;
- 9 clase de ciclul primar;
- 5 clase de gimnaziu;
- 5 clase de liceu cu profilul ştiinţe ale naturii (clasele IX-XII);
- 4 clase de şcoală de arte şi meserii pentru confecţioneri îmbrăcăminte (anii I– IV);
- 2 clase de şcoală postliceală cu durata de 2 ani, specializarea optician;
- 2 clase de elevi cu deficienţe mintale asociate, integrate în şcoala de masă.

Elevii provin din toată zona Moldovei, din Dobrogea şi din zona Munteniei[1].

Liceul pentru deficienţi de auz din Cluj-Napoca

Instituţia oferă[2]:

Învăţământ preşcolar, în cadrul grădiniţei funcţionând în prezent 3 grupe de preşcolari astfel: - grupă de preşcolari cu deficienţe de auz (9 preşcolari);
- o grupă de preşcolari cu deficienţe de auz şi asociate (4 preşcolari);
- o grupă de preşcolari cu implant cohlear (13 preşcolari).

Învăţământ primar, 6 clase însumând un total de 47 de elevi cu deficienţe de auz (cu sau fără deficienţe asociate);

Învăţământ gimnazial, 8 clase cuprinzând 69 de elevi cu deficienţe de auz (cu sau fără deficienţe asociate);

[1] http://www.pentrusurzi.org.ro/index.php?option=com_content&task=view&id=7&Itemid=5, dec. 2009
[2] http://www.cjcluj.ro/ssda1-prezentare/, dec. 2009

Învăţământ liceal: 2 clase (a IX-a şi respectiv a X-a), fiind cuprinşi 20 de elevi cu deficienţe de auz (cu sau fără deficienţe asociate).
Centru de recuperare pentru copiii integraţi în şcoala de masă, unde beneficiază de suport din partea specialiştilor aproximativ 30 de copii;
Consiliere de specialitate pentru părinţi şi copiii din şcoală (oferire de suport de specialitate copiilor cu implant cohlear şi pregătirea acestora pentru integrarea în şcoala de masă, acordarea de suport de specialitate părinţilor copiilor cu deficienţe de auz din cadrul şcolii, oferirea de suport copiilor cu deficienţe de auz integraţi în şcoli de masă, precum şi părinţilor acestora);
- dezvoltarea vorbirii, auzului şi dezvoltarea cognitivă, cu scopul integrării sociale;
- activitate terapeutică compensatorie;
- audiologie educaţională;
- îngrijire medicală;
- kinetoterapie.

Grupul şcolar „SAMUS" din Cluj-Napoca
I. *Nivel gimnazial*
- 1 clasă a V-a

II. *Nivel I S.A.M.*
- 7 clase a IX-a (una de învăţământ de masă)
- 8 clase a X-a (una de învăţământ de masă)
- 8 clase a XI-a
- 8 clase a XII-a

în următoarele domenii:
- Lucrător în tricotaje - confecţii
- Lucrător în fabricarea produselor din lemn
- Lucrător pentru estetica şi igiena corpului omenesc (2 clase de învăţământ special şi 2 clase de învăţământ de masă)
- Lucrător finisor pentru construcţii
- Lucrător instalator pentru construcţii
- Lucrător în alimentaţie
- Lucrător în lăcătuşerie mecanică structuri
- Lucrător în cultura plantelor

III. *Nivel II S.A.M.* (anul de completare)
- 3 clase XI - învăţământ special
- 1 clasă XI - învăţământ de masă

Pentru anul şcolar 2009-2010, Grupul Şcolar „SAMUS" din Cluj-Napoca, îşi propune să realizeze[3]:
- 1 clasă a V-a pentru elevi cu cerinţe educaţionale speciale;
- 6 clase a IX-a pentru elevi cu cerinţe educaţionale speciale (deficienţi de auz şi deficienţi mintal) în meseriile: lucrător în tâmplărie, lucrător în tricotaje-confecţii, lucrător în estetica şi igiena corpului omenesc, lucrător în alimentaţie, lucrător finisor în construcţii, lucrător instalator în construcţii, lucrător în lăcătuşărie mecanică structuri;

---
[3] http://www.cjcluj.ro/sps-prezentare/, dec. 2009

- 5 clase a XI-a, an de completare pentru elevi cu cerinţe educaţionale speciale, în meseriile: confecţioner îmbrăcăminte, tâmplar universal, frizer/coafor/manichiurist/pedichiurist, lăcătuş construcţii metalice şi utilaj tehnologic, zugrav/ipsosar/vopsitor/tapetar;
- 1 clasă a XI-a, an de completare învăţământ de masă, în meseria: frizer/coafor/manichiurist /pedichiurist;
- 1 clasă liceu pe ruta progresivă S.A.M. pentru absolvenţii anului de completare învăţământ de masă.

Centrul Şcolar pentru Educaţia Incluzivă „Primăvara" din Reşiţa

Servicii oferite[4]:

Evaluarea copiilor cu vârste cuprinse între 0 şi 18 ani, având dizabilităţi neuropsihomotorii, tulburări senzoriale (de auz şi de vedere), tulburări de tip autist, dificultăţi de învăţare etc.;

Intervenţie timpurie (pentru copiii cu vârste între 0 şi 3 ani) prin stimulare polisenzorială;

Educaţie specială, organizată pe grupe şi clase, folosindu-se curriculumul şcolii de masă şi al celei speciale (într-o manieră adaptată necesităţilor fiecărui copil);

Educaţie integrată pentru copiii cu cerinţe educative speciale integraţi în unităţi de învăţământ obişnuite (adaptare curriculară, plan de intervenţie personalizat);

Stimulare, recuperare şi compensare prin terapii specifice (psihomotrică, logopedică, cognitivă, ocupaţională);

Consiliere pentru copii, părinţii acestora, cadre didactice, *orientare* şcolară, profesională sau medicală, *instruire la domiciliu* a elevilor nedeplasabili, *asistenţă medicală* profilactică şi recuperatorie, prevenţie şi educaţie pentru sănătate.

[4] http://www.centruprimavara.ro/, dec. 2009

Anexa nr. 3

California School for the Deaf (Fremont, CA), S.U.A.
Prezentare succintă a ofertei educaționale[5].

California School for the Deaf a fost înființată în 1860, actualmente având structura unui grup școlar cu învățământ de toate gradele destinat copiilor surzi, de la naștere până la majorat.

Programul de educație timpurie (Early Childhood Education): se adresează copiilor surzi și hipoacuzici cu vârste cuprinse între 0 și 6 ani, care au ca primă formă de comunicare limbajul american al semnelor (ASL) și engleza ca limbă secundară. Învățarea ASL, ca formă inițială de comunicare, este preferată deoarece studiile au dovedit faptul că elevii care se exprimă prin mimico-gesticulație dezvoltă o identitate de sine solidă, imagine de sine pozitivă, abilități de comunicare mai sofisticate a dorințelor, necesităților și opiniilor proprii, precum și abilitatea de a învăța mai rapid engleza ca a doua limbă. Este preferată abordarea holistică, axată pe dezvoltarea limbajului în mod natural în mediul școlar, unde există modele de comunicare bazate pe ASL și engleză, colectiv de elevi surzi, resurse educaționale abundente și servicii de sprijin.
Departamentul ECE (*Early Childhood Education*) este constituit din:

a) Programul „Părinte – Copil mic" (*Parent-Infant Program*), pentru copii cu vârste între 0 și 18 luni. Presupune vizite la domiciliu ale unui profesor specializat în dezvoltarea achizițiilor de comunicare (atât în ASL, cât și în limba engleză), dezvoltarea abilităților implicate în însușirea ulterioară a scris-cititului, dezvoltarea copilului (cu accent pe formarea unor relații funcționale, centrate pe copil, cu părinții, frații sau alte persoane importante din anturajul acestuia). Vizitele au loc o dată pe săptămână.
b) Programul destinat copiilor cu vârste cuprinse între 1 an și 6 luni și 3 ani. Vizitele la domiciliu sunt completate de activități educaționale desfășurate în cadrul școlii, timp de trei zile consecutive (marți, miercuri și joi), de la ora 8:30 la 11:30.
c) Programul destinat copiilor antepreșcolari (de luni până vineri), de la 8:30 la 12:30.
d) Programul destinat copiilor preșcolari (de luni până vineri), de la 8:30 la 14:30.

Învățământul primar (Elementary Education): cuprinde clasele I-V. Se desfășoară în limbaj mimico-gestual (ASL), fiecare disciplină fiind predată în echipă (*team teaching*), astfel încât doi sau mai mulți profesori să-și coordoneze obiectivele pentru unul și același elev. De exemplu, un profesor poate preda frontal, în timp ce un altul răspunde solicitărilor educative individuale iar (dacă este cazul) un al treilea monitorizează atât nivelul înțelegerii celor predate, cât și conduita elevilor din clasă. Frecvent, clasele sunt împărțite în grupuri mai mici, fiecărui profesor din echipă revenindu-i responsabilitatea instruirii unui număr mai redus de elevi, în funcție de cerințele lor educaționale mai mici sau mai mari. Începând cu clasa a doua, profesorii din învățământul primar lucrează

[5] http://www.csdf.k12.ca.us/, ian. 2010

împreună cu specialiştii în curriculum, respectiv în servicii media, la realizarea unei „cartografii curriculare” (*curriculum mapping*) pentru mimico-gesticulaţie/limba engleză (*ASL/English Language Arts*), studii sociale (*Social Studies*), studii privind cultura surzilor (*Deaf Studies*), ştiinţă (*Science*), educaţie fizică (*Physical Education*), sănătate (*Health*) şi educaţie morală (*Character Education*). O „hartă curriculară” reprezintă un instrument ce ajută profesorii în identificarea elementelor cheie din standardele educaţionale generale care trebuie să se regăsească în curriculumul specific şi a reperelor pentru vizualizare (labiolectură), semnalizare (mimico-gesticulaţie), citire şi scriere necesare elaborării activităţilor instrucţionale concrete, a probelor de evaluare, precum şi a materialelor didactice adaptate ori utilizării eficiente a echipamentelor tehnice.

Învăţământul gimnazial (Middle School): include clasele VI-VIII. Disciplinele de bază sunt Limba Engleză (trei ore), Ştiinţă, Studii Sociale şi Matematică. Orarul zilnic este completat de Educaţie pentru Carieră (*Career Awareness*), Educaţie Fizică şi o disciplină semestrială la alegere (*Electives*): Studii privind Cultura Surzilor (clasa a VI-a), Arte şi Meserii (*Arts and Crafts*), Pregătire pentru Muncă (*Workability*) – formare de atitudini şi priceperi necesare atât activităţii liceale şi universitare, cât şi conduitei profesionale şi cetăţeneşti active de mai târziu; vizitarea diverselor locuri de muncă, audierea unor invitaţi; explorarea diverselor opţiuni ocupaţionale valabile la absolvirea liceului, Educaţie Tehnică/Vocaţională (*Career/Technical Education*) – destinată doar elevilor din clasa a VIII-a, cu următoarele specializări: reparaţii auto (*Auto Body Technology*), secretariat (*Business Office Technology*), construcţii (*Construction Technology*), artă culinară (*Food Education and Service Training*), grafică (*Graphic Arts*), tâmplărie (*Woodworking*). Elevii cu handicap multiplu şi cei cu cerinţe educative speciale (altele decât cele derivate din deficienţa auditivă) beneficiază de un program de formare de deprinderi (*Skill Program*), în care numărul de elevi alocat unui profesor este mai mic iar instruirea se centrează pe formarea unor deprinderi funcţionale de învăţare, respectiv de viaţă cotidiană. Activităţile para- şi extraşcolare sunt numeroase, de la concursul anual de povestire în mimico-gesticulaţie (*ASL Storytelling Contest*), la programul de conştientizare a pericolului folosirii drogurilor (*D.A.R.E. – Drug Awareness and Resistance Education*).

Învăţământul liceal (High School): cuprinde clasele IX-XII. Disciplinele fundamentale predate sunt Limbaj Mimico-gestual (*American Sign Language*), Citit, Scris, Ştiinţă, Istorie/Ştiinţe Sociale, Sănătate, Matematică şi Educaţie Civică (*Service Learning*). Suplimentar, elevii pot urma cursuri de limbi străine, precum şi educaţie rutieră. Importantă este educaţia vocaţională (*School-to-Career Program*). Toţi liceenii sunt obligaţi să urmeze cursuri din acest domeniu timp de trei ani prin departamentul de educaţie tehnică/vocaţională. Membrii Comitetului Tehnic Consultativ (*Technical Advisory Committee*) se asigură de faptul că programele de studiu corespund standardelor profesionale la zi. Fiecare program de educaţie vocaţională şi fiecare clasă de explorare vocaţională (*Career Exploration Class*) beneficiază de un Comitet propriu care se ocupă de consiliere de specialitate, sprijin şi recomandări privitoare la conţinutul instrucţional, standardele de performanţă, buget, facilităţi, standarde de protecţie a muncii, echipamente şi materiale, practică de specialitate supervizată, implementarea noilor tehnologii şi a

practicilor curente pe piaţa muncii. Elevii trebuie să-şi prezinte proiectele individuale în cadrul unui concurs anual arbitrat de membrii aceluiaşi Comitet. Elevii cu dificultăţi de învăţare beneficiază de sprijinul unui cadru didactic calificat (*adjustment teacher*).

BIBLIOGRAFIE

BARBU, F., 2006, *Surditate şi comunicare*. Bucureşti: Asociaţia Acusticienilor Audioprotezişti.

BUICĂ, C. B., 2002, „Principiul normalizării. Formarea atitudinilor pozitive ale personalului didactic privind integrarea copiilor în dificultate". L. Aldescu et al., *Integrarea şcolară a copilului în dificultate / cu nevoi speciale (ghid pentru directorul de şcoală)* (pp. 55-67). Bucureşti: C.R.I.P.S.

BUICĂ, C. B., 2004, *Bazele defectologiei*. Bucureşti: Ed. Aramis.

CALIFORNIA DEPARTMENT OF EDUCATION, 2000, *Programs for deaf and hard of hearing students: Guidelines for quality standards*. Sacramento, CA: California Department of Education.

CARAMAN, L.M., CARAMAN, A., 1983, *Metodologia procesului demutizării* EDP.

CIUMĂGEANU, D., MIHU, I., POPIŢAN, V, 1964, „Date în legătură cu organizarea mediului de vorbire în vederea formării comunicării verbale la elevii surzi din clasele mici", în *Probleme de defectologie*, vol. IV, EDP; Bucureşti.

GUŢU, M., 1975, *Logopedie* , vol. I, CluJ-Napoca.

LANG, H. G., 1994, *Silence of the spheres: The deaf experience in the history of science*. Westport, CT: Bergin & Garvey.

LANG, H. G., MEATH-LANG, B., 1995, *Deaf persons in the arts and sciences: A biographical dictionary*. Westport, CT: Greenwood Press.

MANOLACHE, C. GH., 1980, *Surdomutitatea*, Editura Medicală, Bucureşti

MC. CORMICK , B, 1994, *Teste scrining pentru deficienţa de auz la copii mici* SEMNE, Bucureşti.

O.N.U., 1993, *Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap* (lucrare editată în limba română cu sprijinul Reprezentanţei Speciale a UNICEF în România).

POPA, M., 2001, *Comunicare şi personalitate la deficientul de auz*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.

POPA, M., 2002, *Deficienţa de auz – repere psihologice şi metodologice*, Editura Dimitrie Cantemir, Tg. Mureş.

POPA, M., 2002, *Misterioasele faţete ale jocului*, Editura Dimitrie Cantemir Tg. Mureş.

PUFAN C., 1972, *Probleme de surdopsihologie*, vol. I, EDP, Bucureşti.

PUFAN, C., 1982, *Probleme de surdo-psihologie* (vol. II). Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

ROSENTHAL, P., 2001, „Evaluating school programs for deaf and hard of hearing children". Articol accesat la adresa http://www.listen-up.org/edu/eval-prog.htm (sept. 2009).

ROZOREA, A., 2003, *Deficienţele senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale. Psihopedagogia deficienţilor de auz*. Constanţa: Ed. Ex Ponto.

SPENCER, P., MARSCHARK, E., MARSCHARK, M., 2003, „Cochlear Implants: Issues and Implications", in *Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education*, ed. Marc Marschark and Patricia Elizabeth Spencer, 434-450. Oxford: Oxford University Press.

STĂNICĂ I., UNGAR E., BENESCU C., 1983, *Probleme metodice de tehnică a vorbirii şi labiolectură*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

STĂNICĂ, I., POPA, M., 1994, *Elemente de psihopedagogia deficienţilor de auz*. Bucureşti: I.N.R.E.S.P.H.

STITH, J.L. & DRASGOW, E., 2005, *Including Children with Cochlear Implants in General Education, Elementary Classrooms*, TEACHING Exceptional Children Plus.

TUCKER,I. AND NOLAN, M., 1984, *Educational audiology Croom Helm*, London.

ŢÎRDEA, V., 1974, *Metodica pronunţiei în şcolile speciale pentru surzi, EDP*,Bucureşti.

VERZA, E., 1977, *Dislalia şi terapia ei*, EDP, Bucureşti.

Resurse online:

http://clerccenter.gallaudet.edu/Clerc_Center/Information_and_Resources/Info_to_Go/Educate_Children_(3_to_21).html
http://clerccenter.gallaudet.edu/Clerc_Center/Information_and_Resources/Info_to_Go/Resources/Websites_of_Schools_and_Programs_for_Deaf_Students_.html
http://deafness.about.com/cs/mainstreamcenter/a/mcenter.htm
http://eacea.ec.europa.eu/ressources/eurydice/eurybase/
http://en.wikipedia.org/wiki/Category:Schools_for_the_deaf
http://www.ansr.org.ro
http://www.batod.org.uk/
http://www.cjcluj.ro/ssda1-prezentare/
http://www.deficientadeauz.ro/
http://www.eric.ed.gov/
http://www.eud.eu/
http://www.oraldeafed.org/
http://www.csdf.k12.ca.us/

CAPITOLUL VIII
DEFICIENȚA DE VĂZ

1. PROBLEMATICA PSIHOPEDAGOGIEI DEFICIENȚILOR DE VĂZ

Psihopedagogia deficienților de văz pe axa timpului

Constituirea Psihologiei ca știință a deschis și orizontul dezvoltării ramurilor sale aplicative, printre care se numără și Psihopedagogia specială sau defectologia, desemnând știința generală care se ocupă cu studierea cauzelor diferitelor tipuri de deficiențe senzoriale (de văz și de auz), de intelect, neuro-motorii, de limbaj și de comportament, a particularităților și consecințelor acestor deficiențe asupra planurilor dezvoltării copiilor și persoanelor deficiente, în scopul proiectării unor programe compensator-recuperative și educațional-terapeutice adecvate și eficiente, prin care se poate reduce riscul handicapului, interpretat ca dezavantaj social și se poate realiza, în mod real, „egalizarea șanselor" și integrarea optimă în viața și activitatea personală și socială a acestor persoane.

Psihopedagogia deficienților vizual (Tiflopsihopedagogia) – ca disciplină științifică teoretic-aplicativă a Psihopedagogiei speciale – ***studiază problematica dezvoltării fizice, psihice, psihosociale, în diferitele etape ale vieții, în contextul deficienței de vedere și a consecințelor pe care ea le imprimă, în scopul cunoașterii și acțiunii educativ-recuperative a copiilor și persoanelor deficiente de vedere (ambliopi și nevăzători) și al fundamentării științifice a măsurilor și metodelor menite să contribuie la recuperarea și integrarea socială a acestei categorii de deficienți.***

Preocupări pentru problematica deficienților de vedere au existat din cele mai vechi timpuri, deoarece fenomenul orbirii există de când există omul, dar teoria și practica Psihopedagogiei deficienților vizual și îndeosebi Tiflopedagogia științifică sunt de dată relativ recentă.

Istoria primitivă semnalează orbii ca o povară pentru trib și obște, drept pentru care erau alungați, abandonați sau uciși.

Societățile primitive îi sacrificau pe orbii din naștere, mai ales dacă prezentau unele semne fizice evidente, considerându-i întruchipări ale spiritelor malefice; existau și triburi primitive care îi cruțau pe orbi, însă, nu din generozitate, ci din prejudecată, atribuindu-le puteri miraculoase care le produceau teamă.

Ochelarii se cunoșteau încă de acum 5000 de ani, fiind utilizați pentru protecția vederii (s-a descoperit chiar o figurină confecționată cu peste 5 milenii în urmă de către locuitorii insulei Hokkaido, reprezentând două uriașe lentile de sticlă înrămate).

Din perspectivă metempsihotică, brahmanii interpretau orbirea ca o ispăşire a păcatelor dintr-o viaţă anterioară.

Anticii au acordat ochiului şi privirii o deosebită atenţie.

Primele elemente, mai puţin sistematizate, despre existenţa în societate şi despre particularităţile diferitelor categorii de deficienţi au apărut în secolele al V-lea şi al IV-lea î.Hr., în lucrările unor medici (Hyppocrate, Galenus, Erasistrate, medici indieni), ale unor istorici (Herodot, Plinius), ale unor filosofi, mai ales Platon şi Aristotel (care a relevat rolul primordial al văzului în cunoaştere şi a explicat orbirea din punct de vedere filosofic, evidenţiind şi consecinţele ei asupra dezvoltării fiinţei umane.).

În mitologia greacă, orbirea era şi o modalitate prin care zeii din Olimp îi pedepseau pe muritorii de rând vinovaţi de trădare în dragoste.

Antichitatea spartană şi cea ateniană aplicau practici de maltratare a orbilor, care erau folosiţi ca sclavi în munca în mine şi ca vâslaşi la corăbii, fiind obligaţi să vâslească în ritmul loviturilor de bici.

Sparta, cetate războinică prin excelenţă, îi sacrifica pe toţi cetăţenii, inclusiv pe cei orbi, consideraţi a nu putea face faţă drasticei instrucţii şi educaţii militare, aruncându-i, încă de la naştere, în prăpastie, de pe muntele Taiget.

De asemenea, informaţii despre orbi apar în lucrările juridice (Codul lui Hammurabi, Codul Roman, Codul lui Iustinian (care, în Cartea a V-a cuprindea prevederea că „orbul, surdul, mutul, furiosul şi cel care e atins de o maladie incurabilă sunt excluşi de la tutelă şi de la epitropie“).

Egiptul, India, China cunoşteau fenomenul orbirii, bolile de ochi, tratamentul şi operaţiile chirurgicale (Hanibal şi-a înlocuit ochiul care-i lipsea cu o proteză dintr-o piatră preţioasă).

Evul Mediu, deşi propovăduia mila creştină şi nu-i mai omora pe handicapaţi (nici pe orbi), îi constrângea la cerşetorie (exista chiar o congregaţie medievală a orbilor cerşetori).

A existat, însă, atât în antichitate, cât şi în Evul Mediu, şi o atitudine pozitivă faţă de nevăzători, care erau apreciaţi pentru înţelepciunea lor şi angajaţi ca sfetnici; unii dintre ei erau preoţi înţelepţi, povestitori sau poeţi (Homer este un exemplu în acest sens, fiind creatorul epopeilor istorice „Iliada“ şi „Odiseea“ sau Democrit, filosoful care şi-a provocat orbirea la bătrâneţe spre a se adânci în tainele cunoaşterii).

În creştinism („Noul Testament“, din Biblie, consemnează frecvent existenţa diferiţilor deficienţi sau bolnavi, foarte cunoscută fiind „parabola orbului“), se originează „ştiinţa şi practica recuperării acestor necurăţenii sau păcate“ prin minunile de vindecare din iubire şi pentru iubire ale lui Iisus Hristos, din învăţătura căruia reiese că întinarea şi păcatul aparţin sufletului necredincios, care se poate mântui prin credinţă, nădejde şi iubire.

Renaşterea, prin latura sa umanistă, circumscrie clar necesitatea recuperării handicapaţilor şi a integrării lor.

Operele lui Vives, Erasmus, Comenius, umanişti ai Renaşterii, cuprind pasaje despre orbi şi îndemnul de a li se acorda un minimum de educaţie. De asemenea, Comenius remarcă o serie de capacităţi psihice deosebite ale nevăzătorilor şi recomandă necesitatea unei instrucţii speciale a acestora.

În sec. al XVII-lea, poetul nevăzător John Milton a conceput, prin dictare, opera sa „Paradisul pierdut".

J.J. Rousseau, La Mettrie, D. Diderot şi alţi învăţaţi ai epocii luminilor au scris despre nevăzători într-o notă pedagogică optimistă, propriе acestui secol, prezentând şi sugestii educative utile.

D. Diderot scrie „Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient" în 1749, un autentic tratat de tiflologie în manieră eseistică, în care prezintă unele calităţi ale orbilor (spirit de ordine, capacitatea de apreciere a timpului prin raportare la succesiunea ideilor şi acţiunilor, capacitatea de cunoaştere prin simţul tactil, bun simţ, inteligenţă, înţelepciune etc.).

Din toate aceste demersuri filosofice, medicale sau literare, au apărut, implicit, informaţii despre deficienţa vizuală şi despre educaţia deficienţilor vizual; ***drumul spre practica tiflopedagogică, însă, va fi deschis, la sfârşitul secolului al XVIII-lea, de Valentin Haüy, la Şcoala pentru copiii orbi pe care a înfiinţat-o la Paris, în 1784.***

V. Haüy deschide şi orizontul primelor studii teoretice şi aplicative referitoare la tiflografie şi tiflopedagogie, prin lucrările sale: „Essais sur l'éducation des aveugles" (1786) sau „Notice Historique sur l'Institution des Enfans Aveugles" (1781), utile şi pentru văzătorii care doreau să comunice cu orbii.

Barbier de la Serre a conceput o scriere bazată pe combinaţia a 12 puncte în relief şi manuale speciale pentru nevăzători.

Un moment de importanţă crucială pentru învăţământul tiflopedagogic îl constituie conceperea sistemului de scriere în relief de către Louis Braille, nevăzător el însuşi de la vârsta de 3 ani, în urma unui accident produs în atelierul de pielărie al tatălui său, fundamentat în cartea sa „Procédé pour écrire en relief aux moyens des points a l'usage des aveugles".

Louis Braille urmează Institutul Regal al Tinerilor Nevăzători din Paris, experimentează procedeul „scrierii nocturne", elaborat de Barbier şi face cercetări pentru elaborarea unui nou sistem de scriere pentru nevăzători, care va deveni Sistemul Braille , utilizat în întreaga lume de către nevăzători, în care, el include şi semnele gramaticale, notele muzicale, semnele matematice etc.

Teoria şi practica Braille s-au răspândit în lume şi au stimulat cercetarea, practica şi învăţământul tiflopedagogic.

În 1873, are loc primul Congres european de Tiflopedagogie la Viena, la care participă şi români.

Au existat şi în ţara noastră preocupări privind legislaţia socială a deficienţilor, descoperite în documente încă din vremea lui Ştefan cel Mare, Petru Rareş, Mihai Viteazul sau Matei Basarab.

La Dumbrăveni, judeţul Braşov, exista, din 1831, un aşezământ pentru deficienţi, iar în 1887, la Căldăruşani, unul pentru orbi, urmat de altele la Cluj, Focşani, Timişoara, Bucureşti.

În 1870, apare ***articolul „Despre educaţiunea orbilor"***, în „Foaia învăţăturilor poporului", ***document de propagandă tiflopedagogică în limba română*** în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, în care apar informaţii despre cauzele, consecinţele fizice şi psihice, clasificarea după gradul şi după momentul apariţiei deficienţei vizuale, despre frecvenţa cecităţii, precum şi despre creşterea şi educaţia orbilor în familie şi despre

instrucţia şcolară a acestora. De asemenea, se fac diferenţieri între orbi şi ambliopi, aceştia din urmă fiind recomandaţi pentru instrucţia în şcoli obişnuite. În articol se recomandă şi cunoaşterea concret-senzorială şi modalitatea compensării tactil-kinestezice, deoarece „palparea suplineşte văzul", precum şi alte idei importante şi moderne despre deficienţa vizuală.

În 1888, ***I. Boşmag*** scrie o lucrare intitulată ***„Culegere despre particularităţile corporale şi intelectuale ale orbilor"***, iar în 1894 ***M. Anatol*** scrie ***„Tratamentul general al copiilor orbi până la etatea de a frecventa şcoala, precum şi instrucţiuni pentru părinţii lor."***

Doctorul ***Vasile Vlădescu*** a atras atenţia pentru prima oară la noi asupra ambliopiei, iar la Congresul Internaţional de Oftalmologie de la Milano, din 1906, asupra tratamentului şi instruirii speciale a ambliopilor.

Nicolae Manolescu şi Gheorghe Crăiniceanu s-au afirmat ca precursori ai oftalmologiei româneşti, iar Ion V. Tasu este primul dascăl al orbilor din România care foloseşte alfabetul Braille românesc la prima şcoală pentru orbi din Focşani (1901).

În 1906, ***Gh. Crăiniceanu, personalitate proeminentă a oftalmologiei româneşti, înfiinţează Azilul de orbi „Vatra Luminoasă", din Bucureşti,*** instituţie care a adus de-a lungul întregului secol şi continuă să aducă o contribuţie considerabilă la instruirea, educarea, recuperarea şi profesionalizarea copiilor şi tinerilor nevăzători şi slab văzători.

El scrie şi o serie de studii referitoare la descrierea unor boli oftalmologice, a unor tehnici pentru diagnoza deficienţei de vedere şi a unor operaţii pe ochi, referitoare la necesitatea îmbinării armonioase între „instrucţia de cultură generală, de meseriaş sau în domeniul muzicii" pentru orbi, precum şi la necesitatea unor programe, planuri de învăţământ şi manuale şcolare speciale şi a calificării speciale a „profesorilor medico-pedagogi".

Ideile lui au impulsionat înfiinţarea Institutului pentru Orbi din Cluj, a Şcolii de la Arad (cu ateliere pentru femei oarbe) şi de la Timişoara, a unor societăţi („Ocrotirea orbilor", „Amicii orbilor"), precum şi a unor conferinţe pe teme tiflopedagogice.

Articolul 108 din cap. VI al Legii învăţământului din 1924 cuprindea referiri la copiii „anormali". În 1930, în România existau 13 şcoli pentru deficienţi (6 pentru surdo-muţi, ***4 pentru orbi***, 3 pentru deficienţi mintal, cu aproximativ 1500 de elevi şi 200 de cadre didactice).

Lupta împotriva trahomului (conjunctivita granuloasă), pentru prevenirea cecităţii, se dădea, la sfârşitul secolului al XIX-lea, în spitalele militare, unde existau „infirmierii de ochi".

Din astfel de motive, în 1924 are loc Primul Congres de Oftalmologie din România, lucrările şi dezbaterile fiind centrate pe specificul şi consecinţele acestei boli oculare, considerată, datorită frecvenţei şi gravităţii ei, un adevărat flagel social.

În 1927, I. V. Tasu, I. Săndulescu, Alexandru Stoienescu fundamentează scrierea abreviată Braille românească, tipărind primul text românesc în ianuarie 1957, în revista „Viaţa nouă".

În 1922, ***I.V.Tasu, un alt promotor al învăţământului pentru deficienţii de vedere din România***, participă la „Congresul Naţional pentru ameliorarea soartei orbilor" de la Paris, unde pune problema învăţământului profesional, a manualelor şi a reorganizării învăţământului special pentru orbi, care „să fie echivalent cu acela al

şcoalelor corespunzătoare de masă care să dea drepturi egale absolvenţilor ", ***pentru ca „orbii să fie educaţi în aşa chip încât să poată trăi în mod firesc în societatea celor cu vedere."***

I.V.Tasu adaptează metoda Braille la specificul limbii române, tipăreşte manuale şi materiale didactice specifice pentru nevăzători, pune bazele învăţământului muzical, crează o tipografie în Braille, dar, mai ales, scrie mai multe lucrări de interes tiflopedagogic, remarcabil fiind studiul intitulat „Câteva cuvinte despre orbi", o pledoarie pentru educarea temeinică şi specifică a nevăzătorilor, deoarece ei au multe calităţi pozitive care trebuie educate în scopul dobândirii autonomiei personale, sociale, profesionale.

În istoria Tiflopedagogiei se impune şi ***Anastasie Fătu***, printre recomandările lui remarcându-se: necesitatea educaţiei copilului în familie, în condiţii naturale, învăţământ special diferenţiat pentru copiii cu deficienţe senzoriale, învăţământ special de stat, diferenţiat, înfiinţarea de aşezăminte cu caracter medico-pedagogic, studierea unor discipline care să transmită „cunoştinţe trebuitoare vieţii în societate", [...], „studiul limbii, calculul mintal şi scris, desenul liniar şi altele", dar şi deprinderea unor meserii după aptitudinile fiecăruia, ca: ciubotăria, croitoria, stoleria, tipografia, alte profesiuni industriale şi agricole; de asemenea, el recomandă ateliere de lucru adecvate, educaţia morală şi înfiinţarea de instituţii de ocrotire pentru adulţi.

O altă personalitate din domeniul teoriei şi practicii tiflopedagogice şi al învăţământului pentru nevăzători este Dimitrie Rusticeanu.

Din gândirea acestui deschizător de drumuri în domeniul Tiflopedagogiei româneşti, inclusiv pe planul clarificărilor conceptuale, transpar prin timp aspecte fundamentale ale definiţiei ştiinţifice a deficienţei de vedere, ale criteriilor de delimitare nosologică, ale modalităţilor de diagnosticare, ale necesităţii îndrumării părinţilor care au copii nevăzători, precum şi idei referitoare la modul de organizare şi de desfăşurare a învăţământului special.

Împreună cu G. Halarevici şi cu I. Ciorănescu, D. Rusticeanu participă, în 1932, la referatul privind Reforma învăţământului special.

George Halarevici transcrie, în 1923, la Paris, opera lui Ion Creangă „Amintiri din copilărie" în Braille. El s-a remarcat, de asemenea, prin organizarea şcolilor profesionale şi a căminelor pentru ucenici, prin publicarea de manuale şi crearea de material didactic pentru nevăzători, prin indicaţiile metodice pentru predarea în Braille şi mai ales prin lucrarea ***„Din lumea orbilor" (1919)***, un studiu tiflopedagogic incluzând clasificarea şi etiologia deficienţei vizuale, rolul simţurilor restante în formarea şi educarea nevăzătorului, precum şi aspecte specifice ale curriculum-ului educaţiei speciale (scrierea Braille, citit, calcul, geometrie, ştiinţe realiste, gimnastică, dexterităţi manuale), ale materialului didactic şi ale metodelor specifice, ale profesiilor adecvate, care să conducă spre „independenţă fizică şi materială".

N. Zolog, M. Maurer, O. Berlogea, D. Mavrodin şi alţii au continuat cercetările privind selecţia şi orientarea profesională în funcţie de specificul deficienţei de vedere, precum şi recuperarea ambliopilor şi nevăzătorilor.

La Bucureşti, în 1950, a avut loc Consfătuirea cadrelor didactice din învăţământul special, la care s-au dezbătut principalele probleme legate de organizarea şi optimizarea procesului de învăţământ, iar în 1957, s-a desfăşurat tot la Bucureşti, primul Simpozion de Tiflologie din România, evenimente care dovedesc accentuarea, diversificarea şi

aprofundarea preocupărilor ştiinţifice pentru problematica deficienţilor de vedere, paralel cu perfecţionarea formelor de instruire şi educare a acestora.

În 1975, s-a înfiinţat, în cadrul OMS, „Organizaţia Mondială împotriva cecităţii", iar anul 1976 a fost declarat „Anul Internaţional pentru prevenirea cecităţii în lume".

Treptat, „ştiinţa despre orbi" a devenit o ramură importantă a Psihopedagogiei speciale, o ştiinţă autonomă – ***Tiflopsihopedagogia*** – care studiază procesualitatea psihică şi personalitatea în contextul deficienţei de vedere ***(Tiflopsihologia)***, procesul de învăţământ special pentru deficienţii de vedere ***(Tiflopedagogia)***, metodologia predării - învăţării – evaluării ***(Tiflometodica)***, precum şi problematica teoretică şi practică a conceperii, construirii şi utilizării materialului didactic şi a aparaturii specifice, la care în zilele noastre sunt incluse şi tehnologiile de acces care optimizează asimilarea informaţională şi învăţarea.

Studiile teoretice şi aplicative şi mai ales practica pedagogică şi pionieratul în învăţământul pentru deficienţii de vedere acreditează valoarea personalităţilor prezentate şi titulatura lor de ***precursori ai Tiflopedagogiei actuale***, care, nu numai că a continuat tradiţia valoroasă, dar a pus şi bazele moderne ale ştiinţei şi învăţământului pentru deficienţii de vedere.

Trebuie remarcată, în acest sens, contribuţia valoroasă a unor psihologi şi pedagogi români, ca : ***D. Damaschin*** (care a fundamentat tiflologia prin cercetări experimentale privind modelarea electronică a ochelarilor pentru nevăzători, citirea şi scrierea la ambliopi, funcţia compensatorie a analizatorului auditiv în orientarea spaţială a nevăzătorilor şi în procesul de cunoaştere, orientarea şcolară şi profesională a nevăzătorilor, rolul psihodiagnosticului - ca bază a intervenţiilor recuperatorii etc.), ***M. Ştefan*** (care a abordat mai ales problematica psihopedagogică a elevilor ambliopi, rolul tuturor factorilor interni şi externi în compensarea vederii slabe, precum şi rolul activităţilor extraşcolare, în primul rând a cercetăşiei, în integrarea socială a copiilor şi persoanelor deficiente de vedere), ***W. Roth*** (care a abordat problematica complexă a deficienţei de vedere, în mod deosebit cercetând rolul imaginilor tiflografice în eficientizarea învăţării în cazul copiilor nevăzători), ***E. Verza*** (care, pe planul fundamentării Psihopedagogiei speciale moderne, atât în plan teoretico-ştiinţific, cât şi al aspectelor aplicative, inclusiv în pregătirea studenţilor din învăţământul superior, al abordărilor referitoare la toate categoriile de deficienţi, îşi aduce o contribuţie de mare notorietate, implicit pe planul psihopedagogiei deficienţilor de vedere), ***V. Preda*** (cu contribuţii notorii la elucidarea unor probleme legate de aparatul conceptual, de depistarea precoce şi de diagnosticarea prin probe specifice, multe etalonate prin aport propriu, de specificul explorării vizuale în contextul deficienţei şi de alte multe aspecte legate de deficienţi), ***Anca Rozorea*** (care realizează abordarea interdisciplinară a problematicii deficienţei de vedere, a învăţării în contextul acesteia, a actului educaţional terapeutic şi a psihodiagnozei complexe a copilului şi persoanei cu deficienţă vizuală) şi alţi mulţi slujitori ai şcolii din învăţământul special şi integrat.

Treptat, preocupările ştiinţifice pentru problematica deficienţilor de vedere devin tot mai numeroase şi mai aprofundate, paralel cu perfecţionarea formelor de instruire şi educare a deficienţilor de vedere, învăţământul special devenind parte integrantă a sistemului de învăţământ, iar protecţia şi recuperarea deficienţilor o parte integrantă a politicii oricărui stat, care include, în primul rând, recunoaşterea dreptului acestora la şanse egale de viaţă, activitate şi, mai ales, de educaţie de toate gradele.

În ultimul sfert de veac, s-a afirmat, în contextul unor controverse științifice, cu argumente pro și contra, între „segregaționiști și integraționiști", „ psihopedagogia integrării și normalizării" și ideea că o egalizare reală a șanselor se poate realiza prin integrarea copiilor cu cerințe educative speciale, mai ales a acelora cu deficiențe senzoriale, în mediul educațional obișnuit, în instituțiile școlare „de masă", a „școlii pentru diversitate", sau a „școlii incluzive"; problema sferei de acțiune și a atribuțiilor învățământului special în condițiile extinderii treptate a învățământului integrat rămâne încă o problemă care așteaptă noi și fundamentate răspunsuri în planul beneficiilor reale ale copiilor deficienți.

„Copilul deficient de vedere trebuie tratat ca o realitate vie, biologică, psihologică, socială, dar și cu dificultăți adaptative și de integrare"(Rozorea Anca, 2004), toate demersurile educațional-terapeutice trebuind să contribuie la transformarea lui într-o personalitate autonomă, matură, independentă, armonic construită, valorizată în societate.

Marile controverse, dar și realizările și rezultatele cercetărilor din Psihopedagogia specială deschid noi orizonturi de cunoaștere, de cercetare și de aplicații practice și în Tiflopsihopedagogia modernă, întemeiată pe principii generoase: principiul egalizării șanselor, principiul normalizării și creșterii calității vieții, principiul recuperării și integrării sociale, principiul „educației pentru toți" și al „unității în diversitate".

Analizatorul vizual – aspecte structural-funcționale

Spre a putea defini, analiza și înțelege mai bine deficiența de vedere, cauzele care o produc, formele și consecințele ei, trebuie cunoscute unele aspecte structural - funcționale ale analizatorului vizual, la nivelul căruia boala otalmologică de fond sau alți factori etiologici produc modificări anatomice sau dereglări funcționale, responsabile de diferitele grade și manifestări ale deficienței de vedere.

Importanța vederii nu se reduce doar la simpla diferențiere a luminozității, formei și culorii obiectelor, deoarece simțul văzului deține un rol important în orientarea în spațiu și menținerea echilibrului general, în aprecierea mărimii, a mișcării spațiale și a distanței, fiind considerat, pe bună dreptate "dirijorul" tuturor simțurilor, toate acestea realizându-se în condiții normale dacă ***analizatorul vizual*** este integru structural și funcțional.

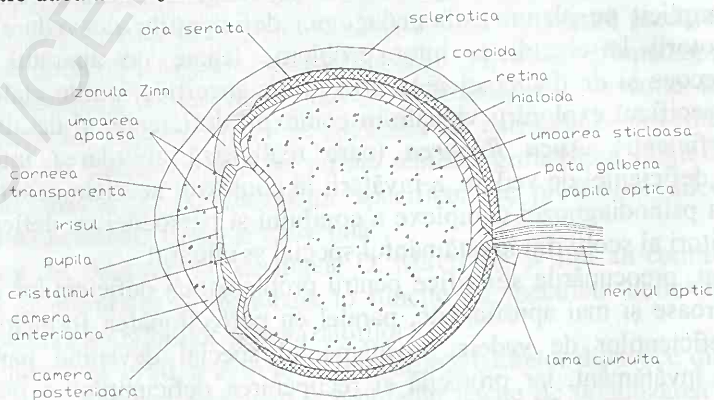


Fig. 1. **Secțiune transversală prin globul ocular**

Analizatorul vizual are o structură anatomică specifică, fiind format din trei segmente: segmentul periferic, reprezentat de ochiul propriu-zis şi anexele lui, segmentul intermediar, reprezentat de fibrele nervoase ce conduc excitaţiile vizuale la creier şi segmentul cortical, situat în regiunea occipitală a scoarţei cerebrale.

SEGMENTUL PERIFERIC este reprezentat de *globul ocular*, aşezat în orbită, de formă aproximativ sferică, cu diametrul antero-posterior (axa ochiului) de cca. 2,50 cm; el este învelit cu o membrană fibroasă, numită capsula Tenon, care îl desparte de peretele ocular. El este format din:

- *anexele globului ocular :*
  - *organe de protecţie (pleoape, aparatul lacrimal, sprâncene, gene, conjunctiva) ;*
  - *organele de mişcare* (şase muşchi drepţi şi doi muşchi oblici care fixează globul ocular în orbită şi asigură motricitatea oculară).
  - *tunici (membrane):*
    - *tunica externă* (tunica fibrosa oculi):
      - *sclerotica (sclera)* – este o membrană albă („albul ochiului" în denumire populară), dură şi opacă, străbătută de fibrele nervului optic şi de vase sanguine (la nivelul lamei ciuruite), cu rol de protecţie;
      - *corneea transparentă* – partea anterioară a tunicii externe, transparentă, cu cinci straturi de celule de natură epitelial-conjunctivă, foarte bogată în terminaţii nervoase libere.
    - *tunica mijlocie* (tunica vasculosa bulbi) – este tunica vasculară (uvee) a globului ocular şi este formată din:
      - *coroidă* – de culoare brună, formată predominant din vase sanguine şi celule pigmentare, dispuse în trei straturi, cu rol nutritiv ; la nivelul ei se află *ora serrata* (săracă în elemente senzoriale – bastonaşe, sediul predilect al leziunilor degenerative, precum al dezlipirii de retină);
      - *corpul ciliar* (zona ciliară) – cuprins între ora serrata şi *iris* – este format din *muşchiul ciliar* (cu rol în acomodarea vizuală la distanţă) şi *procesele ciliare* (70-80 de formaţiuni conjunctive, elastice, aşezate radial, acoperite de un epiteliu în care se găsesc foarte multe vase sanguine, din filtrarea plasmei rezultând *umoarea apoasă*);
      - *iris* – membrană circulară, cu un orificiu circular central numit *pupilă*, a cărei dimensiune se modifică în mod fin, dar continuu, ca urmare a acţiunii celor doi muşchi antagonişti: sfincterul şi dilatatorul pupilei, care produc mioza şi respectiv midriaza pupilară (micşorarea sub 2 mm şi respectiv mărirea diametrului peste 4 mm), având rol în acomodarea faţă de intensitatea luminii şi în limitarea trecerii ei prin părţile periferice ale cristalinului, reducând astfel aberaţiile lui şi, prin micşorarea pupilei, crescând adâncimea focarului ocular.

- o ***tunica internă (retina)*** – este tunica nervoasă a ochiului, prezentând trei regiuni cu funcții diferite:
  - ***retina propriu-zisă (retina optică)*** – care căptușește coroida până la ora serrata și prezintă ***pata galbenă***, sau ***macula luteea***, cu ***foveea centralis*** (zona de maximă claritate) și ***pata oarbă*** sau ***papila optică*** (punctul de convergență al fibrelor nervului optic). Retina optică are o structură foarte complexă, formată din 10 straturi de celule vizuale (conuri și bastonașe, conținând substanțe fotosensibile), celule bipolare (cu rol de protoneuroni) și celule multipolare (cu rol de deutoneuroni);
  - ***retina ciliară;***
  - ***retina iriană*** (ambele formează retina oarbă, fără funcție vizuală).

- ***mediile refringente*** ale globului ocular sunt:
  - o ***corneea*** – care funcționează ca o lentilă convex-concavă, cu rolul de a micșora convergența sistemului optic al ochiului;
  - o ***cristalinul*** – este situat în spatele irisului, fiind o componentă de forma unei lentile biconvexe, perfect transparentă și elastică, formată din epiteliu și fibre cristaliniene, susținută de aparatul suspensor al cristalinului și reprezentând organul activ al acomodării, prin modificarea diametrului său;
  - o ***umoarea apoasă*** – este un lichid transparent și incolor, care umple camera anterioară (între iris și cornee) și camera posterioară (între iris și cristalin), care comunică prin pupilă; lichidul produs de procesele ciliare are rol de mediu de refracție (indice de refracție 1,337);
  - o ***corpul vitros*** – se află în partea posterioară a cristalinului; între acesta, retina optică și retina ciliară, în interior, se află ***umoarea sticloasă,*** ce servește ca mediu refringent (indice de refracție 1,338) și cu rol nutritiv al retinei și al cristalinului.

SEGMENTUL INTERMEDIAR – este format din ***calea optică*** sau ***calea infrageniculată*** cu rol de ***cale de conducere a analizatorului vizual,*** compusă din:

- ***retină (I și al II-lea neuron bipolar și multipolar;)***
- ***calea infrageniculată:*** nervul optic, chiasma optică, bandeleta optică și corpul geniculat extern;
- ***calea suprageniculată :*** fibrele optice de la corpul geniculat extern (drept sau stâng) ce ajung la centrul cortical.

SEGMENTUL CENTRAL (cortical) – este situat în lobul occipital, în jurul scizurii calcarine, cuprinzând trei arii:

- ***aria striată 17*** – pentru analiza excitației vizuale;
- ***aria peristriată 18*** – pentru sinteza vizuală;
- ***aria parastriată*** – zona în care se elaborează senzația vizuală conștientă.

Formaţiunile anatomo-funcţionale ale globilor oculari, protejaţi de sistemul osos al cavităţilor orbitare, sunt diferenţiate în funcţie de rolul pe care îl au în realizarea funcţiei vederii :

- ***formaţiunea nervoasă – retina***, cu elementele receptoare (celulele cu conuri şi bastonaşe); ***macula luteea, care conţine foveea centrală***, reprezintă o condensare de conuri, fiind zona de maximă luminozitate ***pata oarbă (papila nervului optic)*** nu e sensibilă la lumină;
- ***aparatul oculogir*** – format din muşchii extrinseci ai globului ocular şi nervii lor motori – permite mişcarea globilor oculari în diferite direcţii;
- ***aparatul dioptric (de refracţie)*** – reprezentat de cornee şi cristalin, cu rol de convergenţă a razelor de lumină, în scopul focalizării pe retină;
- ***aparatul de protecţie*** – format din conjunctivă, pleoape, sprâncene şi aparatul lacrimal;
- ***sistemul vascular;***
- ***sistemul nervos.***

Vederea este funcţia analizatorului vizual, sensibil la lumină, ca stimul specific, prin care se realizează analiza şi interpretarea caracteristicilor fizice ale undei electromagnetice:

Funcţia analizatorului vizual se materializează în:

- ***percepţia luminii*** implicând: ***vederea scotopică*** – funcţională în condiţii de adaptare la întuneric, datorită celulelor cu bastonaşe din retina periferică, ***vederea fotopică*** – funcţională în condiţii de luminozitate, datorită celulelor cu conuri de la nivelul maculei şi responsabilă de sensibilitatea cromatică, mai ales pentru culorile cu lungimi mari de undă, cum este culoarea roşu, precum şi de simţul spaţial şi ***vederea mezopică*** – rezultată din primele două componente;
- ***percepţia formei, conturului, mărimii, detaliilor obiectelor*** – realizate de celulele fotosensibile de la nivelul maculei;
- ***percepţia culorilor*** – realizată de celulele cromosensibile specializate din retină (celulele cu conuri, care conţin trei tipuri de pigmenţi vizuali: eritrolab – pentru culoarea roşu, clorolab – pentru culoarea verde şi cianolab – pentru culoarea albastru).

Pentru a se realiza o percepţie vizuală corectă, analizatorul vizual trebuie să fie integru structural şi funcţional; în caz contrar, se produc o serie de modificări, sub diagnosticul de „ambliopie" fiind cuprinse o serie de boli foarte diferite care conduc către slăbirea sau pierderea funcţiei analizatorului vizual (a ochiului).

Deficienţa de vedere – repere conceptual-teoretice interdisciplinare

În literatura de specialitate referitoare, mai ales la domeniile interdisciplinare, este nevoie de unitate şi claritate conceptuală, inclusiv în informaţiile referitoare la definirea, analiza, explicarea şi interpretarea deficienţei de vedere şi a consecinţelor sale.

În Tiflopedagogia clasică s-au înregistrat astfel de căutări terminologice, relevante fiind şi referinţele explicative şi definirea, pe cât de „naivă" ca exprimare, pe atât de apropiată de ştiinţă, realizată de D. Rusticeanu.

Din gândirea acestui promotor al Tiflopedagogiei româneşti transpar prin timp aspecte fundamentale ale definiţiei deficienţei vizuale, ale criteriilor de delimitare nosologică, ale modalităţilor de diagnosticare.

În aceeaşi ordine de idei, în toate ţările, ca şi în România, eforturile spre clarificări conceptuale au continuat şi continuă; astfel, la al 16-lea Congres Internaţional pentru Reabilitare (1988), din Japonia, s-a adoptat pentru deficienţa de vedere termenul de „disabilitate vizuală". În S. U. A., se foloseşte termenul de „persoană parţial văzătoare", iar în „Raportul Plowder" (1967) , Consiliul Central pentru Educaţie din Anglia a adoptat termenii de „parţial văzători"– „partially sighted" şi „orbi"– „blinds" (J.P. Mittler, 1981).

În literatura de specialitate engleză şi americană (V. Bishop, 1971, N.Barraga, 1964, B. K. Chapman, J. M. Stone, 1989) se folosesc termeni ca: „low vision", „partially sighted", „visually limited", „visually handicapped", „impaired", „defective vision", în raport cu natura, gradul şi consecinţele deficienţei.

În psihologia românească, pentru persoanele cu deficienţă de vedere s-au folosit şi se folosesc atât termenul de „handicapat vizual", cât şi acela de „deficient vizual", cu acelaşi conţinut semantic, deşi, aşa cum a reieşit deja, aceşti termeni au conotaţii diferite, iar în funcţie de restanţele vizuale funcţionale, adică în funcţie de pierderea parţială sau totală a vederii, se folosesc termenii particularizaţi de „ambliopie" şi „cecitate", subscrişi, de către unii autori, termenului de „defect"; însă, în cercetările moderne, acest termen are conotaţie mai largă decât deficienţa de vedere, deoarece desemnează atât modificările organice care duc la un deficit funcţional (diferite leziuni ale analizatorului vizual), cât şi deficitul funcţional ca atare (în ce măsură şi sub ce aspecte scade vederea), spre deosebire de deficienţă, care reprezintă „ansamblul consecinţelor defectului sub aspectul adaptării copilului la viaţa înconjurătoare şi al structurii individualităţii lui." (M. Ştefan, 1981, pag. 10).

Funcţia vizuală este o sinteză dinamică a mai multor subfuncţii, lezarea uneia dintre ele fiind condiţia suficientă ca întregul sistem să fie lezat. Astfel, leziunile sau disfuncţionalităţile analizatorului vizual pot produce ambliopie şi, în cazurile foarte grave, orbire (cecitate).

Etimologic, termenul ***„ambliopie"*** provine din cuvintele greceşti „amblys" (slab, tocit) şi „ops" (vedere), desemnând vederea slăbită, vederea slabă, vederea scăzută, vederea parţială.

H. de Laet remarca faptul că, având mai multe accepţiuni, termenul „ambliopie" e „destul de vag şi adesea rău întrebuinţat." (H. de Laet, 1965, pag. 111).

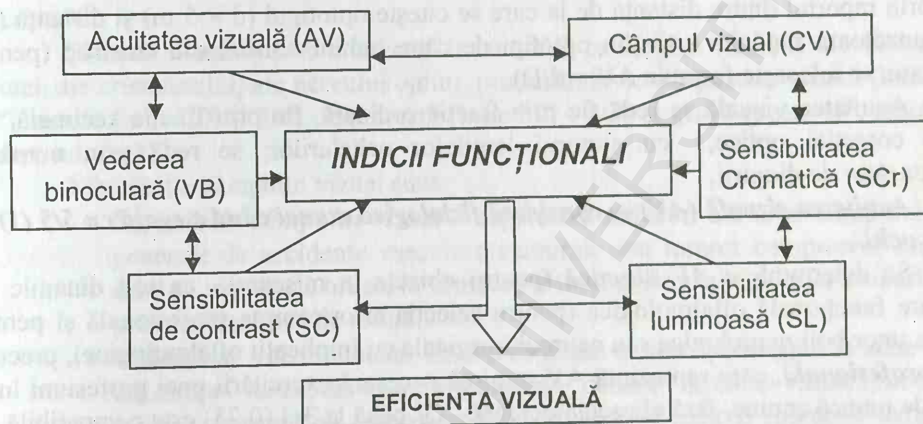
În sens larg, ***ambliopia desemnează toate cazurile de diminuare a capacităţii vizuale, indiferent de etiologie şi gravitate, sau acea scădere a vederii care se menţine şi după ce s-a făcut corecţia corespunzătoare.***

În sens restrâns, ***ambliopia se defineşte ca „diminuarea vederii fără leziune organică sau cu leziune organică, a cărei importanţă nu e proporţională cu scăderea vederii."*** (Bangerter, A., 1953, pag. 17), această definiţie referindu-se prioritar la ambliopiile funcţionale.

Ambliopia se delimitează de *cecitate (orbire)* care, definită în sens larg, înseamnă *lipsa vederii.*

În sens restrâns, ***cecitatea este definită fie ca „pierderea vederii, ochiul neputând percepe senzaţia de lumină"*** (J.Fuchs), fie ca ***„suprimarea totală a vederii"*** (P. Bourdieux).

Foarte mulţi specialişti, îndeosebi medici oftalmologi şi psihologi, definesc ambliopia şi respectiv cecitatea prin raportare la ***indicii funcţionali ai vederii,*** adică prin acei parametri ai funcţiei vizuale care pot reda caracteristicile fiziopatologice ale ochiului.



Schema nr. 2 – **Indicii funcţionali ai vederii**

Acuitatea vizuală (AV) – este principalul indicator, reprezentând „puterea de vedere a ochiului", adică gradul în care ochiul poate percepe distinct un obiect, de o anumită mărime şi de la o anumită distanţă.

„AV reprezintă posibilitatea ochiului de a aprecia configuraţia, forma, conturul şi detaliile obiectelor şi imaginilor, capacitatea lui de a percepe cea mai mică distanţă dintre două puncte (pe retină – 4 microni, diametrul maxim al unui con) ce corespunde unei dimensiuni de 1,4 mm situată la distanţa de 5 m" (Zamfirescu-Mărgescu, F., Marin, F., 1987, pag. 88).

În mod normal, ochiul percepe izolat 2 puncte, dacă unghiul vizual dintre razele lor este de 1°; în condiţiile vederii slabe, este nevoie ca acest unghi să fie mai mare şi, în consecinţă, distanţa faţă de obiect să fie mai mică sau obiectul să fie mai mare.

Acuitatea vizuală reprezintă puterea rezolutivă a ochiului, capacitatea sa de a nu percepe doi stimuli succesivi şi asemănători ca pe un pattern omogen, ci de a-i diferenţia, („minimum separabile"); dacă acuitatea vizuală e foarte scăzută, detaliile fine ale obiectelor realităţii apar estompate, difuze, ca o masă fără contur şi fără structură.

Examinarea AV se face cu ajutorul unor tabele, numite ***optotipi sau tabele optometrice***, cuprinzând litere, cifre sau diverse semne (inele, cârlige, desene ale unor obiecte), care sunt dispuse în rânduri succesive, de mărimi descrescânde, în dreptul

fiecărui rând fiind redată distanța de la care un ochi cu acuitate vizuală fiziologică, numit ochi emetrop, poate percepe mărimea respectivă (aşa cum reiese din figura de mai sus).

Pentru copii, se folosesc optotipi cu diferite figuri, obiecte, animale etc.

Optotipii moderni sunt iluminați sau redați în culori, fiind utilizați prin telecomandă. Cel mai modern tip de optotip cu calculator încorporat în ecran TFT, complet lipsit de reflexii, include toate testele uzuale, teste de sensibilitate la contrast, teste pentru testarea vederii colorate etc.

Cu ajutorul optotipilor, se determină acuitatea vizuală pentru fiecare ochi, înainte şi după corecție, de la distanța de 5 m, la care ochiul nu solicită acomodarea; acuitatea vizuală se calculează prin raportul dintre nivelul vederii existente şi vederea normală, adică prin raportul dintre distanța de la care se citeşte optotipul (d = 5 m) şi distanța (D) corespunzătoare rândului citit din optotipi de către ochiul normal sau emetrop (pentru simplitate, se foloseşte formula AV = d/D).

Acuitatea vizuală se redă fie prin fracție ordinară, fie prin fracție zecimală, iar nivelul corecției optice, cu ajutorul lentilelor ochelarilor, se redă prin numărul corespunzător de dioptrii.

Acuitatea vizuală (AV) se consideră fiziologică atunci când e egală cu 5/5 (1) la fiecare ochi.

Se determină şi ***AV kinetică*** (pentru obiecte în mişcare), ca test dinamic de explorare funcțională oftalmologică (pentru selecția şi orientarea profesională şi pentru evoluția unor boli neurologice sau neurochirurgicale cu implicații oftalmologice), precum şi ***AV profesională***, care reprezintă AV minimă necesară exercitării unei profesiuni într-un loc de muncă anume, fără oboseală oculară; AV până la 3/4 (0,75) este compatibilă cu majoritatea profesiilor.

Orbirea profesională „este scăderea acuității vizuale la ambii ochi sub 0,05 (1/20), echivalând cu „numără degetele la 2,5 m".

Se determină şi ***vederea de aproape*** şi ***vederea de la distanță***, tot cu ajutorul unor optotipi speciali, cuprinzând semne tipografice, forme geometrice, desene ale unor obiecte, etalonate în acest scop.

Acomodarea la vederea de aproape (refracția dinamică) este proprietatea ochiului de a vedea clar un obiect la orice distanță, între „infinitul ocular", adică dincolo de 5m şi ochi, această determinare făcându-se cu proximetrul.

Prezbiția sau prezbiopia este tulburarea, în sensul scăderii progresive odată cu vârsta a capacității de acomodare.

Acuitatea vizuală este influențată de o serie de factori, dintre care menționăm: luminozitatea, starea generală de sănătate, starea anatomo-fiziologică a analizatorului vizual şi implicit puterea de acomodare şi adaptare a ochiului, caracteristicile câmpului perceptiv (raportul obiect-fond, particularitățile cromatice, gradul de omogenitate al stimulului, mărimea obiectului), durata excitației vizuale, experiența vizuală a subiectului etc.

În funcție de acuitatea vizuală, omul poate percepe cu precizie detaliile, contururile, mărimea, forma obiectelor, puterea de vedere a ochilui reprezentând baza percepției vizuale.

Câmpul vizual (CV) sau vederea periferică reprezintă spaţiul pe care îl poate percepe ochiul care priveşte fix un obiect.

Câmpul vizual se determină cu perimetrul sau campimetrul optic; cel mai simplu perimetru optic este compus dintr-un arc de cerc pe care poate glisa o fantă luminoasă pe care subiectul trebuie să o fixeze şi să o urmărească cu privirea, fără mişcarea capului; se localizează pe perimetru punctul până la care subiectul vede această fantă, prin rotirea arcului de cerc putându-se determina limitele vederii periferice în toate direcţiile.

Fanta luminoasă poate fi de diferite culori, putându-se determina astfel ***câmpul vizual cromatic.***

Limitele fiziologice ale CV pentru alb sunt: temporal 90º, nazal 60º, superior 50º, inferior 70º.

Câmpul vizual poate fi afectat în condiţii patologice (leziuni ale corneei, ale retinei, ale cristalinului, ale nervului optic), producându-se o îngustare uşoară (între 10º şi 20º), medie (între 20º şi 30º), accentuată (între 30º – 40º) şi gravă (peste 40º, rezultând o vedere tubulară).

Afecţiunile câmpului vizual sunt:

- ***îngustările câmpului vizual*** – reprezintă reduceri ale ariei câmpului vizual generate de accidente vasculare cerebrale sau tumori compresive ale SNC; dacă se instalează brusc, în urma unor traumatisme ale globilor oculari, se pot produce dezlipiri de retină
- ***scotoamele*** – sunt tulburări majore constând în absenţa imaginii în zone limitate ale câmpul vizual. Scotoamele reprezintă „defecte“ de câmp vizual, „zone oarbe“ în care subiectul nu percepe stimulul. Există un scotom fiziologic temporal în câmpul vizual, la nivelul papilei nervului optic (pata oarbă a retinei)
- ***hemianopsiile*** – care reprezintă lipsa unei jumătăţi simetrice din câmpul vizual retinian al fiecărui ochi, ele apărând, de obicei, în urma leziunilor nervului optic sau a accidentelor vasculare cerebrale

În cazul câmpului vizual îngustat, explorarea vizuală este parcelară, se produc compensator mişcări ale capului şi ale ochilor, care pot conduce spre poziţii vicioase, iar actul grafic şi lexic se realizează cu dificultate.

Se determină ***CV monocular*** (spaţiul pe care-l cuprinde ochiul în timp ce priveşte un punct fix) şi ***CV binocular*** (ansamblul punctelor din spaţiu cuprins de cei doi ochi larg deschişi).

Câmpul vizual este influenţat de caracteristicile stimulului (intensitatea luminoasă, tonurile sau nuanţele cromatice, durata excitaţiei luminoase), precum şi de ceilalţi indici funcţionali ai vederii.

Vederea binoculară (simţul profunzimii sau vederea stereoscopică) – reprezintă capacitatea ochiului de a percepe cea de-a treia dimensiune a spaţiului, deşi imaginea pe retină este bidimensională, altfel spus, posibilitatea de a vedea obiectele înconjurătoare într-o singură imagine, cu toate că ele sunt privite în acelaşi timp cu ambii ochi.

Vederea binoculară joacă un rol deosebit în realizarea stereoscopiei, care se produce prin focalizarea privirii celor doi ochi asupra obiectului perceput, cele două imagini retiniene fiind „contopite“, la nivelul centrilor nervoşi superiori, într-o singură imagine

tridimensională, aceasta concurând la perceperea spațiului în cele trei dimensiuni ale sale; de aceea, este foarte important să se evalueze ***vederea spațială***, inclusiv cea incompletă a deficienților vizual lipsiți de vedere binoculară (monoftalmii), la care este nevoie de efort de acomodare pentru localizarea obiectelor în spațiul tridimensional, percepția reliefului și a profunzimii fiind posibilă prin aprecierea unor elemente vizuale, ca: umbra obiectelor, suprapunerea imaginilor, perspectiva, convergența liniilor care se depărtează (M.Ștefan, 1981), iar optimizarea ei putându-se face prin exerciții cu ajutorul localizatorului.

Vederea stereoscopică se evaluează cu ***sinoptoforul, stereoscopul și stereometrul***, instrumente speciale pentru crearea impresiei de adâncime, de imagine unică în relief.

Simțul profunzimii se realizează prin suprapunerea pe macula luteea a imaginilor retiniene cât mai clare și egale calitativ și prin echilibrul oculomotor (ortoforie); realizarea vederii stereoscopice, adică perceperea reliefului și a profunzimii, se datorează ușoarei disparități a imaginilor de pe cele două retine, cei doi ochi având dispunere ușor diferită în arhitectura facială (excepție în cazul „ochilor mongoloizi", cu poziționare accentuat oblică, aceasta conducând în cele mai multe cazuri la deficiență de vedere).

Sensibilitatea luminoasă (simțul luminos) – reprezintă forma elementară a funcției vizuale, capacitatea ochiului de a sesiza lumina, de a diferenția intensitățile ei graduale și de a se adapta la variațiile luminoase din mediul înconjurător.

Sensibilitatea luminoasă este dependentă de intensitatea stimulului, de mărimea zonelor funcționale ale retinei stimulate, de durata excitației; ea se activează conform legii Weber-Fechner, în sensul creșterii la intensități mici ale stimulării și al scăderii ei în condițiile unor stimuli vizuali cu intensitate mare. Variațiile sensibilității luminoase depind de procesele microretiniene (sinteza și descompunerea purpurului retinian sub influența luminii), coordonate, reglate și controlate de centrii corticali, în scopul adaptării analizatorului vizual la intensitatea stimulului luminos.

Adaptarea la lumină se măsoară cu nictometrul, iar cea la întuneric cu adaptometrul sau fotometrul; tulburarea sau deficitul adaptării la întuneric, prin scăderea vederii diurne, se numește ***hemeralopie*** („orbirea de zi " sau, în termeni populari „orbul găinii") și apare în retinopatia pigmentară, în retinopatie diabetică și în carența vitaminei A, iar deficitul adaptării la lumină („orbirea de noapte") se numește ***nictalopie***, „cecitate nocturnă" sau „cecitate crepusculară".

Se determină ***sensibilitatea luminoasă absolută*** (proprietatea retinei de a percepe un minimum de lumină – minimum visibile) și ***sensibilitatea luminoasă diferențială*** (care corespunde perceperii de către retină a unei diferențe de lumină între două zone – minimum separabile); variațiile sensibilității luminoase se produc în conformitate cu legea pragurilor senzoriale, ele fiind implicate în procesul compensării intramodale.

Sensibilitatea de contrast reprezintă capacitatea de a distinge deosebirile de intensitate luminoasă dintre stimulii prezentați concomitent (distingerea obiectului de fond).

În unele boli oftalmologice (cataracta congenitală, leucomul cornean etc., care conduc spre opacifierea mediilor transparente), sensibilitatea de contrast este scăzută și are consecințe asupra activității practice, asupra orientării spațiale, dar, mai ales, asupra

scris-cititului (prin slaba diferențiere a semnelor grafice, a contururilor, a detaliilor dintr-o imagine complexă etc.).

Sensibilitatea cromatică este capacitatea ochiului de a distinge culorile (de a realiza o vedere colorată), în principal, culorile: roșu, verde, albastru, dar și celelalte culori din spectrul vizibil, precum și nuanțele lor.

La om, sensibilitatea cromatică este foarte dezvoltată, el trăind într-un univers vizual, prin excelență, cromatic; ea se realizează, conform ***teoriei tricromatice a vederii*** (inițiată de N. V. Lomonosov în 1755, dezvoltată de Th.Young în 1801 și de H. Helmoltz în 1852) datorită celor trei tipuri de celule cu conuri, care conțin substanțe fotochimice cu sensibilitate pentru perceperea unei „fâșii" cromatice din spectrul vizibil (sensibilitatea centrală pentru roșu, verde, albastru) și pentru perceperea culorilor bicromatice, monocromatice și acromatice (sensibilitatea periferică).

Percepția cromatică este influențată de calitățile stimulului vizual cromatic, de luminozitatea, puritatea și durata acțiunii lui, presupunând și operații complexe de integrare și interpretare, treptat formându-se constanta perceptivă de culoare, ca pattern generalizat și interiorizat.

Sensibilitatea cromatică se determină cu tabelele pseudoizocromatice Ishihara, Stilling, atlasul Polack (metoda cromatoscopică), bazate pe discriminarea unei cifre, litere, semn etc., dintr-un context eterogen și confuz, precum și cu anomaloscopul.

Unii autori (M.Ștefan) relevă ca indici funcționali ai vederi și ***localizarea spațiului izual*** (capacitatea de a descoperi obiectul perceput, de a-și menține privirea asupra lui și de a-l urmări cu privirea atunci când acesta se deplasează) și ***rapiditatea actului perceptiv*** (timpul în care se realizaează analiza și sinteza perceptivă); în unele forme de ambliopie cauzate de unele boli care afectează și oculomotricitatea (strabism, nistagmus), acești indicatori sunt dereglați, producând tulburări de localizare și fixare sau explorări vizuale haotice, neeconomice și slab eficiente, cu repercursiuni asupra actului grafic și lexic, precum și asupra oricărei acivități practice.

Între toți indicii funcționali ai vederii, așa cum s-a sugerat și prin schema sintetică, există o relație de interdependență și intercondiționare funcțională, care concură la realizarea eficienței vizuale.

Eficiența vizuală reală nu e rezultatul simplei însumări a indicilor funcționali, ci al activării lor în raport cu diferiți factori intelectuali, motivaționali, deprinderi etc.

Nivelul capacității de funcționare a analizatorului vizual, în ansamblul său, reprezintă ***capacitatea vizuală potențială***, iar nivelul la care se exercită în mod real funcția vizuală în activitate reprezintă ***capacitatea vizuală manifestă sau dinamică.***

Dacă acuitatea vizuală este, prin excelență, un indice funcțional care poate fi determinat cantitativ, eficiența vizuală trebuie concepută ca o rezultantă calitativă, la care concură și o serie de factori psihologici de natură extraoculară, determinarea ei neputându-se face printr-o cuantificare precisă, mai ales pentru faptul că poate fi perfecționată și educată, motiv pentru care este mai semnificativă pentru reușita în activitate a deficienților de vedere.

Funcţia vizuală se dezvoltă ontogenetic şi se perfecţionează prin activitatea cognitivă şi practică a copilului, care oferă situaţii concrete pentru stimulări vizuale şi polisenzoriale. A. Bangerter recomanda, în acest sens, evitarea „subdezvoltării funcţionale prin limitarea activităţii vizuale şi subordonarea ei celorlalte modalităţi senzoriale".

Dacă pentru conservarea restanţelor vizuale este suficientă activarea lor, ***creşterea eficienţei vizuale presupune exersarea permanentă a vederii printr-un antrenament vizual sistematic, complex, gradat, adaptat la potenţialităţile vizuale;*** acesta conduce spre formarea sau consolidarea unor scheme perceptiv-vizuale şi strategii exploratorii eficiente, spre sinteza informaţiilor vizuale şi a celor obţinute prin alte modalităţi, spre consolidarea, corectarea şi păstrarea reprezentărilor vizuale şi spre antrenarea proceselor de cunoaştere şi a întregii personalităţii în scopul compensării vederii slabe.

Optimizarea eficienţei vizuale contribuie la exersarea raţională a restanţelor funcţionale ale analizatorului vizual, la creşterea distanţei de localizare, identificare şi recunoaştere a obiectelor în spaţiu, la consolidarea vederii de aproape necesară, mai ales în actul grafic şi lexic, la optimizarea percepţiei vizuale şi, mai ales la atenuarea consecinţelor deficienţei de vedere pe toate planurile.

În literatura de specialiate, mulţi autori definesc deficienţa de vedere şi gradele ei în funcţie de indicii funcţionali ai vederii, mai ales acuitatea vizuală.

În funcţie de acuitatea vizuală, ambliopia este definită astfel:

- „Un ochi este ambliop atunci când AV nu poate fi ridicată la 8/10 după corectarea unui eventual viciu de refracţie şi când nu există nici o cauză patologică evidentă pentru această deficienţă vizuală" (**H. A. De Laet**, 1965, pag. 111).
- „Ambliopia este scăderea AV sub 0,5 sau1/2" (**F. Zamfirescu-Mărgescu, F. Marin**, 1987, pag. 89).
- „În cecitate nu se atinge minimum de acuitate vizuală necesar orientării în spaţiu, respectiv 1/50" (**A. Trousseau**).
- „Sunt consideraţi orbi aceia care n-au nici o percepţie a formelor, culorilor sau a luminii, cu AV cuprinsă între 1/35 şi 1/10 şi care nu zăresc lumina" (**I. Delthil**, 1968, pag. 26).
- „Ambliopii bilateral sau deficienţii vizuali parţial sau slab văzătorii sunt aceia care prezintă de la 1 la 4 zecimi de AV la cel mai bun ochi după corecţie (aproximativ 1-2% din populaţia şcolară); între aceste două categorii există copiii, în general consideraţi orbi, dar care, de fapt, sunt „marii deficienţi", posedând „resturi vizuale şi susceptibili de reeducare." (**I. Delthil**, 1968, pag. 26).
- „Copiii cu deficienţă perceptivă n-au dificultatea de a vedea o formă, un obiect, ci dificultatea de interpretare a celor văzute, imposibilitatea de a

interpreta un stimul vizual şi de a-l integra conceptual, la nivelul scoarţei cerebrale".(**K. M. Goins**,1958, citat de **J. P. Mittler**, 1976, pag. 395).

- Din perspectivă educaţională, ambliopii sunt copiii cu „vedere scăzută", cei cu „vedere limitată" şi cei cu „vedere parţială", care, în condiţii speciale, pot participa la o „educaţie integrată în clase obişnuite" (**F. Zamfirescu-Mărgescu, F. Marin,** 1987, pag. 89).
- Ambliopii sunt „persoane care, datorită unei vederi deficitare, nu pot urma cursurile şcolii obişnuite, fără a-şi afecta vederea sau dezvoltarea lor educaţională, dar pot fi educaţi prin metode speciale implicând vederea, iar orb este acela care nu are vedere sau al cărui văz este atât de diminuat încât necesită metode educaţionale care să nu implice vederea" (**J. P. Mittler**, 1976, pag. 375).
- Ambliopii sunt consideraţi „persoane care au o AV insuficientă pentru recunoaşterea luminii, acuitate care să le permită să se orienteze şi să o utilizeze în scopuri funcţionale" („Conferinţa asupra utilizării vederii reziduale", Praga, 1980).
- „Cecitatea practică" înseamnă o vedere restantă până la 3/60, persoana respectivă putând beneficia atât de metode bazate pe tactil-kinestezie, cât şi pe vedere, precum şi de materiale tiflografice şi respectiv de materiale pentru văzători („Conferinţa asupra utilizării vederii reziduale", Praga, 1980).
- Ambliopia este scăderea acuităţii vizuale, mai mult sau mai puţin importantă, uni sau bilaterală, fără o cauză ce poate fi evidenţiată clinic
- Cecitatea (ablepsie, orbire) este absenţa vederii datorată unor leziuni ale mediilor transparente oculare, ale retinei, ale căilor nervoase sau ale centrilor vederii (Dicţionar medical).
- Deficienţa de vedere este o deficienţă de tip senzorial, care poate fi provocată de diminuarea în grade diferite (până la pierderea totală) a acuităţii vizuale, de îngustarea câmpului vizual sau de diferite dereglări, în general, corelate, ale indicilor funcţionali ai vederii (**Anca Rozorea**, 2004).
- ***Ambliopia este scăderea AV sub 0,5 (1/2); ea poate fi: uşoară, între 0,5-0,3; medie, între 0,2-0,1; accentuată, sub 0,1 (1/10).***
- ***Nevăzători se consideră persoanele cu AV sub 0,08 (1/12), la ambii ochi sau la cel mai bun ochi.***
- ***O.M.S. stabileşte că limita dintre ambliopi şi orbi trebuie să fie acuitatea vizuală(AV) de 3/60 – 1/20 (0,05) – 20/400, iar limita vederii normale trebuie să fie o acuitate vizuală de 6/18 – 3/10 (0,3) – 20/70.***
- Acuitatea vizuală între 1 şi 2/3 (0,67) se consideră în limite fiziologice, sub aceste limite fiind considerată scăzută.

2. ETIOLOGIE ŞI CLASIFICARE ÎN DEFICIENȚELE DE VĂZ

Factori etiologici în producerea deficiențelor de văz

Studierea şi interpretarea etiologiei deficiențelor de vedere prezintă o mare importanță, atât pentru stabilirea diagnosticului diferențial, cât şi pentru aprofundarea cunoaşterii particularităților şi evoluției deficienței de vedere, precum şi a acțiunii factorilor care întrețin, accelerează sau agravează boala de fond, putând fi stopați sau înlăturați şi reducând asfel riscul handicapului.

Analizându-se etiologia deficiențelor de vedere, s-a constatat că, în general, ***există cauze comune pentru ambliopie şi cecitate***; acțiunea factorilor etiologici diferă, însă, ca intensitate, durată, moment de activare maximă şi mai ales ca impact asupra analizatorului vizual, cu atât mai mult dacă ei apar asociați şi în contexte care îi favorizează.

Cauzele ambliopiei şi ale cecității nu pot fi studiate separat şi pentru faptul că aceleaşi afecțiuni oculare (leziuni organice sau dereglări funcționale), care au produs un anumit grad al ambliopiei, evoluează în timp, iar agravarea lor se soldează cu apariția cecității.

În plus, deşi , aparent, cauzele deficiențelor de vedere nu diferă prea mult în anumite etape de dezvoltare a societății, în anumite zone sau regiuni geografice sau, în plan individual, în diferite etape de vârstă, totuşi, ele nu trebuie studiate independent de astfel de repere.

Cataracta şi glaucomul au constituit cauze cvasipermanente de-a lungul timpului ale deficiențelor vizuale, inclusiv în zilele noastre, când, însă, s-au perfecționat modalitățile de tratament şi profilaxie; la sfârşitul secolului al XIX – lea, trahomul (conjunctivita granuloasă) a constituit un adevărat flagel al producerii orbirii. La începutul secolului nostru, cauzele cele mai importante ale orbirii au fost bolile infecțioase şi bolile cu transmisie sexuală (de exemplu, gonoreea maternă produce conjunctivita gonococică a nou-născutului sau oftalmia purulentă).

Se estimează că impactul cel mai mare (20% din cazurile de orbire din lume) în producerea deficiențelor de vedere îl au unele boli oculare precum: cataracta neoperată, infecțiile oculare asociate, bolile produse de carența vitaminei A, onchocercoza sau „orbirea de râu", glaucomul şi traumatismele oculare. Unele dintre bolile care produc orbirea (trahomul) au fost sau sunt generate sau întreținute de condițiile precare de viață, persistente şi azi în unele zone ale lumii (Africa, Asia), altele de ignoranță sau de lipsa informării şi a educației pentru sănătate; actualele condiții tehnice şi informaționale ale civilizației postmoderne generează, ele însele, o serie de boli oculare incluse în aşa-numita „patologie informațională". Nici copiii nu sunt feriți de „fața" ascunsă a civilizației, un exemplu în acest sens fiind fibroplazia retrolenticulară, afecțiune a retinei nou-născutului prematur, supus unei oxigenoterapii intensive şi prelungite în incubator.

Unele boli sunt specifice etapei copilăriei (retinita de prematuritate, cataracta congenitală, gliomul retinian, toxoplasmoza, hipertelorismul ocular, strabismul congenital, hipermetropia, nistagmusul congenital, „cataracta juvenilă" etc.), altele sunt „boli profesionale" (accidentele oculare produse de agenți nocivi chimici, fizici, biologici, psihici, saturnismul etc.), iar altele sunt specifice vârstelor înaintate (degenerescența maculară, „cataracta senilă" prin opacifierea cristalinului, glaucomul tardiv, prezbiția etc.).

Ca şi în cazul copiilor, la care unele boli oculare, dacă sunt depistate precoce, pot fi tratate prin intervenţii laparoscopice (cu laser) cu rezultate foarte bune, şi unele boli care se manifestă, conform statisticilor, la peste 50% dintre persoane după vârsta de 60 de ani, pot fi tratate prin tehnici moderne (de exemplu, prezbiţia poate fi tratată prin „cheratoplastie conductivă“, prin care este corectată curbura corneei, vederea revenind la parametrii aproape normali).

De asemenea, nu există factori etiologici „speciali“ care să producă în mod absolut o deficienţă de vedere parţială sau totală, deoarece acţiunea lor şi respectiv, gravitatea deficienţei sunt dependente şi de modul cum sunt receptaţi de organism factorii respectivi, de vârsta la care ei acţionează, de rezistenţa organismului sau de fragilitatea acestuia, de capacitatea individului de a depăşi consecinţele bolii şi ale deficienţei.

Un criteriu foarte frecvent utilizat, mai ales în oftalmologie, atât pentru clasificare, cât şi pentru taxonomia etiologică, este reprezentat de ***localizarea anatomică a afecţiunilor sau de patologia segmentelor analizatorului vizual şi a anexelor sale***, în funcţie de care există:

- ***boli ale anexelor globului ocular*** (ale pleoapelor, ale aparatului lacrimal, ale orbitei, conjunctivite etc);
- ***tulburări ale refracţiei oculare*** (ametropiile: miopia, hipermetropia, astigmatismul);
- ***afecţiuni ale polului anterior*** (ale scleroticii, ale corneei, ale uveei);
- ***afecţiuni ale cristalinului;***
- ***afecţiuni ale corpului vitros;***
- ***afecţiuni ale polului posterior*** (ale retinei şi ale nervului optic);
- ***afecţiuni ale căilor optice intracraniene;***
- ***glaucomal;***
- ***boli ale unuia sau a mai multor segmente ale aparatului optic provocate de accidentele oculare.***

Unele cauze ale ambliopiei sau cecităţii constau în ***dereglările unor indici funcţionali ai vederii***:

- diminuări în diferite grade a acuităţii vizuale (care apar în majoritatea bolilor oftalmologice);
- alterări ale câmpului vizual (care apar în afecţiunile coroidei, ale retinei, în glaucom, în hemianopsii);
- tulburări/absenţa vederii binoculare (care apar în strabism, nistagmus, anoftalmii etc.);
- tulburări ale sensibilităţii luminoase şi dificultăţi de adaptare la întuneric şi la lumină ;
- tulburări ale sensibilităţii cromatice (discromatopsii).

S-a constatat că nu există în toate cazurile o relaţie directă între gravitatea afecţiunii unui segment al analizatorului vizual şi gradul de deteriorare a funcţiei vederii (de exemplu, în ambliopiile funcţionale nu apar leziuni oculare şi totuşi funcţia analizatorului vizual este destul de mult dereglată).

Cauzele sau factorii ce acţionează în timpul sarcinii, în preajma naşterii sau după naştere sunt, în general, sistematizate astfel în literatura de specialitate (C.

Paraipan, 1963, D. Damaschin, 1973, E. Verza, 1993, P. Cernea, F. Zamfirescu-Mărgescu, F. Marin, 1990, J. Hatwel, 1996):

- ***boli infecto-contagioase;***
- ***traumatisme, explozii, răniri, accidente, arsuri*** –care pot afecta una sau mai multe componente ale analizatorului vizual;
- ***intoxicații cu diferite substanțe;***
- ***cauze diverse*** (ex.: iradiații nucleare etc.).

În funcție de momentul în care acționează, cauzele ambliopiei și ale orbirii sunt:

- ***cauze de ordin genetic – malformații congenitale*** – „anomalii morfologice, morfo-fiziologice sau metabolice, care se manifestă la orice nivel de organizare (organic, tisular, celular, subcelular), la naștere sau în viața post-natală; sunt determinate de acțiunea prenatală a unui agent cauzal (factori genetici sau factori din mediul extern) sau de acțiunea lor corelată" (**Cernea, P.**, 1988, pag. 12).

Malformațiile congenitale sunt determinate de agenți cauzali care acționează în etapa prenatală, putând fi:

- ***anomalii ereditare*** (mutații genetice și mutații cromozomiale);
- ***anomalii neereditare*** (fenocopii și anomalii congenitale neereditare).

Malformațiile congenitale pot fi produse de gene patogene, de diferite noxe, de o serie de factori chimici, mecanici, de infecții, de dereglări endocrine sau de nutriție, de vârsta mamei, de incompatibilitatea genetică dintre părinți și de alte multe cauze, unele încă necunoscute

Malformații congenitale apar cu frecvență mai mare în unele boli, ca: degenerescențele tapeto-retiniene, atrofiile optice, glaucomul, cataractele congenitale, tumorile retinei, microftalmiile, coloboamele etc.

- ***cauze care acționează în etapa prenatală: bolile infecțioase ale mamei din perioada sarcinii*** (***rubeola*** – care poate cauza cataractă, opacifieri ale corneei sau glaucom infantil, ***trahomul, variola, conjunctivita difterică, rujeola, lepra***), ***infecția gonococică*** (produce oftalmia purulentă prin leziunile corneei, conducând spre orbire în primele zile după naștere), ***TBC-ul*** (care produce ulcerații pe cornee), ***sifilisul*** (care poate produce glaucom sau atrofie optică), ***infecții pe traiectul sau tunica nervului optic, tumori, comprimări de lungă durată*** datorită hipertensiunii intracraniene, care pot produce staza pupilară, ***intoxicații cu alcool metilic, nicotină, arsenic, medicamente (streptomicină, canamicină), intoxicațiile profesionale (saturnismul***), care pot provoca afecțiuni grave ale analizatorului vizual, ***iradiațiile atomice*** care pot duce la orbire, ***virozele*** care afectează organismul matern, cu consecințe asupra unor componente ale analizatorului vizual al fătului (asupra irisului, retinei sau cristalinului) etc.

Unele boli care apar în perioada intrauterină determină malformații ale globilor oculari, însoțite de orbire (microftalmia, anoftalmia, aniridia, criptoftalmia, ciclopia); alte boli, în general ereditare, produc distrofia corneei, a maculei, idioția amaurotică Tay-Sachs etc.

De asemenea, în această etapă se pot produce tulburări ale metabolismului lipidelor, galactosemia (o boală enzimatică destul de rară, cu transmitere autozomal

recesivă, care dereglează metabolismul glucidic, având o incidenţă de 1:48000 de nou-născuţi), dereglări produse în etapa de formare a ectodermului, tumori maligne care pot produce anomalii ale analizatorului vizual transmise ereditar, atrofieri ale retinei sau ale nervului optic, glaucomul (creşterea tensiunii intraoculare), defecte de conformaţie ale globilor oculari etc.

- ***cauze care acţionează în etapa perinatală – traumatisme obstreticale*** (care pot cauza şi leziuni sau anomalii în dezvoltarea analizatorului vizual), ***asfixia perinatală*** (un sindrom care determină hipoxia sau/şi ischemia asociată care pot conduce la encefalopatie hipoxic-ischemică prin deprivarea ţesutului cerebral de oxigen şi/sau prin scăderea fluxului sanguin cerebral, afectând şi ţesuturile analizatorului vizual.
- ***cauze care acţionează în etapa neonatală*** – bolile contactate imediat după naştere, ca: ***meningita sau encefalita*** (care afectează segmentul central al analizatorului vizual), ***asfixia nou-născutului*** (care se produce în urma dereglării respiraţiei de sine stătătoare (extrauterine) a nou-născutului determinată de lezarea centrului respiraţiei, de hemoragii intracraniene masive în timpul naşterii sau în perioada postnatală, de aspiraţia lichidului amniotic etc., care pot afecta şi funcţia vizuală), ***lipsa vitaminei A*** (cu consecinţe negative asupra transparenţei corneei sau a sensibilităţii retinei), ***traumatismele globului ocular*** (contuzii care pot provoca dezlipiri de retină, opacifierea cristalinului, inflamarea irisului şi glaucom secundar), ***plăgi perforate cu obiecte ascuţite*** (ce distrug componentele intraoculare, producând hemoragii care pot provoca dezlipirea retinei), ***arsuri oculare*** provocate de agenţi chimici (var, sodă, amoniac) ce produc opacifieri ale corneei, ***intoxicaţii cu alcool metilic*** care pot duce la orbire.
- ***cauze care acţionează în etapa postnatală***, în diferite etape de dezvoltare şi de vârstă.

În perioada copilăriei se pot manifesta coloboame (lipsa unei părţi din iris), absenţa ori strangularea căilor lacrimale, microftalmia sau anoftalmia (lipsa ori atrofierea globului ocular), tulburări de refracţie (miopia, hipermetropia, astigmatismul), tulburări de motilitate oculară (strabismul, nistagmusul) etc., toate acestea fiind responsabile de deficienţa de vedere de diferite gravităţi.

De asemenea, ***în perioda copilăriei, adolescenţei şi vârstei adulte, unele boli cu spectru mai larg pot afecta şi analizatorul vizual***, dintre care menţionăm:

- ***boli neurologice*** – care pot conduce spre atrofii bilaterale de nerv optic, spre paralizii musculare;
- ***boli de piele*** – care pot afecta şi ţesuturile dermice oculare prin ulceraţii, afecţiuni ale cristalinului;
- ***boli ale sângelui*** – care pot provoca atrofii ale retinei, ale nervului optic, tumori;
- ***boli digestive sau avitaminoze*** – care pot duce spre hemeralopie sau hemoragii în orbite (diabetul produce retinopatia diabetică, cataracta diabetică);
- ***bolile infecţioase*** (gripa, guturaiul, rujeola, scarlatina, varicela) – care afectează îndeosebi ţesuturile conjunctive, producând şi infecţii microbiene sau virotice la nivelul anexelor globului ocular (canalul lacrimal, pleoape);

- ***bolile reumatice*** – care produc tumefierea pleoapelor, congestia conjunctivelor, keratite, inflamații ale irisului, cataracte, retinopatii etc.;
- ***boli endocrine*** – care produc diverse afecțiuni ale ochilor (de exemplu, boala lui Basedow, cu tulburări morfofuncționale ale tiroidei, produce exoftalmia - ieșirea proeminentă a ochilor din orbite și glaucomul infantil);
- ***bolile cardiovasculare*** – care, în ontogeneza timpurie, acționează negativ asupra tensiunii intraoculare și pot duce la tromboze ale vaselor oculare și la dezlipiri de retină;
- ***bolile venerice*** – care produc oftalmia purulentă și orbirea;
- ***sifilisul*** - boală care produce leziuni grave ale retinei și glaucomul infantil;
- ***tuberculoza*** – boală care produce afecțiuni ale corneei, ale aparatului lacrimal, fotofobii etc. (unele chiar în adolescență);
- ***infecțiile*** – care pot produce nistagmusul și alte boli;
- ***traumatismele globilor oculari*** (răniri, arsuri chimice sau termice, explozii) – care pot produce la copil traume grave la nivelul receptorului, a nervului optic sau a scoarței cerebrale, dezlipirea de retină sau alte afecțiuni ale analizatorului vizual și, care, în final, se pot solda cu orbirea;
- ***cauzele care acționează asupra segmentului central al analizatorului vizual*** – sunt foarte frecvente în producerea deficiențelor de vedere și în special a orbirii, mai ales: meningita, encefalita, tumorile cerebrale operate cu întârziere; tulburările de natură centrală pot produce și unele forme de agnozii (a obiectelor, a culorilor, a formelor).

Considerând drept criteriu ***unele modificări ale proceselor specifice prin care se realizează funcția diferitelor componente ale analizatorului vizual*** se identifică următoarele cauze responsabile de deficiența vizuală:

- ***tulburări ale refracției oculare*** (unele evolutive) – care împiedică formarea imaginii retiniene normale și transparența adecvată a mediilor refringente, determinând anomalii ale ochiului numite ametropii (miopia, hipermetropia, astigmatismul, anizometropia);
- ***opacifierea mediilor transparente*** – care sunt determinate de ***afecțiuni ale corneei*** (uscarea corneei, opacifierile congenitale ale corneei sau cheratitele, leucomul cornean etc, de multe ori produse de traumatisme grave, procese inflamatorii, distrofii ireversibile), ***tulburări de transparență a cristalinului,*** congenitale sau dobândite (***cataracte***) – produse de rubeolă sau de diferite traumatisme oculare sau ***lipsa cristalinului (afachia), deplasările cristalinului*** congenitale (de exemplu, Sindromul Marfan) sau dobândite (luxațiile, subluxațiile cristalinului), ***opacifierea corpului vitros*** - determinată de anomalii congenitale sau infecții.
- ***tulburări de recepție retiniană*** (retinopatii) – care pot fi:
  - ***congenitale*** – determinate de ***afecțiuni vasculare*** (periflebite retiniene, embolii) ***sau degenerative (ale retinei), de natură ereditară***, ca, de exemplu: retinita pigmentară (o degenerescentă pigmentară a retinei în care sunt afectate bastonașele și apoi conurile, boala avansând de la periferie spre centru, producând o strâmtorare concentrică a câmpului vizual, până la vederea tubulară), ablazia

centrului retinei, boala Tay-Sachs sau idioţia amaurotică şi boala Spielmayer (afecţiuni degenerative ale retinei asociate cu epilepsie, paralizie, idioţie), tumorile maligne evolutive ale retinei sau glioamele (cu frecvenţă mai mare între 2- 4 ani), albinismul (o depigmentare generală de natură ereditară), dezlipirea de retină, atrofia optică, nictalopia etc.;

- ***dobândite*** – dezlipirile de retină, afecţiunile vasculare ale ochiului, boli generale cu accidente retiniene, tumorile maligne ale retinei etc.; acestea diminuează acuitatea vizuală centrală, vederea cromatică şi diurnă, acuitatea vizuală periferică, vederea crepusculară, cu păstrarea relativă a acuităţii vizuale centrale.

- ***tulburări ale funcţionalităţii nervului optic şi ale căilor optice intracraniene*** (nevrite, staza papilară, atrofiile nervului optic, colobomul nervului optic etc.) – care se pot manifesta fie în interiorul globului ocular, fie la nivelul papilei optice, fiind cauzate de procese inflamatorii ale nervului optic de natură degenerativă sau de natură traumatică, produse de boli infecţioase (care au drept consecinţă scăderea vederii centrale, îngustarea câmpului vizual, dereglări ale sensibilităţii cromatice şi a simţului luminos), de modificări degenerative, de afecţiunile retrobulbare ale nervului optic (prin intoxicaţii, tumori, traumatisme), de afecţiuni ale traiectului nervului optic, de atrofia nervului optic etc, toate acestea conducând, la intervale diferite de timp, spre cecitate;
- ***tulburări ale funcţiei coroidei (coroidite)*** – care se manifestă prin senzaţia de „muşte zburătoare" şi care pot duce la scăderea vederii şi chiar la atrofie optică;
- ***creşterea tensiunii intraoculare*** – care produce ***glaucomul***, o tulburare gravă, cu caracter progresiv ireversibil, ce constituie, de multe ori, o cauză a orbirii la vârsta adultă;
- ***tulburări ale motilităţii oculare*** (***strabism, nistagmus***);
- ***disfuncţionalitatea centrilor vizuali superiori*** (***cecitatea corticală***) – care se manifestă prin instalarea aşa-numitelor „pete oarbe" în câmpul vizual, prin fenomene de oscilare optică, prin cecitate psihică etc.

Cauzele care produc deficienţa de vedere pot fi clasificate şi în funcţie de ***sfera generală din care fac parte***:

- ***cauze de natură senzorială*** – care produc o inegalitate optică a imaginilor vizuale formate şi receptate de către cei doi ochi, adică o refracţie inegală, aşa cum apare în anizometropie, imaginile retiniene corespondente nemaifuzionând corect, ceea ce determină o percepere confuză, neclară sau chiar o dublare a imaginii (diplopie); ambliopia ochiului nefolosit, de natură organică iniţial, este agravată de o ambliopie suplimentară funcţională, vederea binoculară nemaifiind funcţională;
- ***cauze de natură motorie*** – reprezentate de dereglări ale motilităţii oculare, de afecţiuni ale muşchilor care asigură motilitatea globilor oculari, de afecţiuni ale nervilor oculomotori care inervează aceşti muşchi, de strabismul paralitic (cauzat de paralizia parţială sau totală a unui muşchi ocular) sau de nistagmus (caracterizat prin mişcări oscilatorii involuntare ale ochiului, pendulare sau ritmice);
- ***cauze de natură nervoasă*** – constau în disfuncţii ale mecanismelor corticale ale vederii (afecţiuni cerebrale) care afectează propagarea impulsului nervos în nucleul central al analizatorului vizual şi în alte zone cerebrale, precum şi reglarea corticală a analizei, sintezei şi integrării vizuale;

• *cauze de natură psihică* – parţial validate experimental, ca, de exemplu: stări de anxietate, frustrare, gelozie, sentimente de culpabilitate ale individului (incriminate în producerea strabismului) sau cecitatea psihică (descrisă de J. M. Charcot drept o tulburare de percepţie şi de recunoaştere a obiectelor, persoanelor, imaginilor, culorilor), care poate fi produsă de encefalopatii, psihastenie, isterie, schizofrenie etc.;

• *cauze de natură socială şi educaţională* – care constau în condiţiile precare de mediu familial, profesional, şcolar, acestea putând întreţine sau agrava deficienţa de văz.

Nivelul scăzut al calităţii vieţii copilului, inclusiv al viitoarei mame în timpul perioadei de graviditate, lipsa controlului medical, a măsurilor de igienă fizică, alimentară, psihică, socială, a depistării precoce a bolilor oftalmologice sau de altă natură, responsabile de deficienţa vizuală şi implicit lipsa tratamentului adecvat, aplicat de la debutul bolii, lipsa măsurilor de securitate la locul de muncă, a unor măsuri care pot contribui la normalizarea vieţii şi la integrarea optimă a persoanelor cu deficienţe de vedere se pot constitui în cauze de natură socială în producerea deficienţelor de vedere.

Cauzele de natură socială cu impact deosebit sunt reprezentate şi de atitudinile stereotipizante şi, în consecinţă, de cele de excludere / respingere / segregare din viaţa familială, şcolară, socio-profesională, culturală etc., care măresc riscul instalării stării de handicap, interpretat ca dezavantaj social.

Clasificarea deficienţelor de văz

Aşa cum s-a menţionat într-un paragraf anterior, în sistemul de evaluare multiaxială a persoanei cu deficienţă de vedere, este inclusă şi axa etiologiei bolii oftalmologice de fond, precum şi gradul şi dinamica defectului vizual; pe baza sistemului de evaluare multiaxială se pot practica diferite clasificări, adică operaţii şi metode logice de aranjare sistematică, pe categorii, în funcţie de o serie de criterii, obţinându-se ***taxonomia nosologică a deficienţelor de vedere***.

Clasificarea „dimensională", practicată mai ales în psihiatrie, se realizează pe baza identificării categoriilor fundamentale ale unei entităţi nosologice; cu referire la deficienţa de vedere, ***nosologia oftalmologică se încadrează pe o scală de gradualitate continuă, între ambliopie şi cecitate, care se individualizează în funcţie de:***

- complexitatea defectului analizatorului vizual: ***ambliopie/cecitate localizate la un singur ochi / localizate la ambii ochi;***
- modificarea indicilor funcţionali ai vederii:
  - afecţiuni care includ scăderi ale acuităţii vizuale;
  - afecţiuni care includ alterări ale câmpului vizual (***scotoame patologice, hemianopsie***);
  - afecţiuni care includ tulburări ale vederii binoculare (***diplopia, strabismul***);
  - afecţiuni care includ tulburări ale sensibilităţii luminoase (***hemeralopia, nictalopia***);
  - afecţiuni care includ alterări ale sensibilităţii cromatice – ***discromatopsii parţiale / totale (cecitate cromatică)***: ***protanopia (daltonismul)*** – tulburarea sensibilităţii pentru culoarea roşu, ***deuteranopia*** – tulburarea sensibilităţii pentru culoarea verde, ***tritanopia*** – tulburarea sensibilităţii pentru culoarea albastru;

- afecțiuni care deregleză indicele de refracție al mediilor transparente *(ametropii)*.
- afecțiuni care modifică procesele retiniene și ale nervului opic
- prezența / absența deficiențelor asociate: ***deficiențe asociate intramodale / deficiențe asociate intermodale / deficiențe combinate***
- evoluție și prognostic: ***deficiențe de vedere evolutive / staționare / decompensate / compensate / remise.***

După ***criteriul topic*** (al segmentului analizatorului vizual, afectat structural sau funcțional), clasificarea cuprinde bolile oftalmologice responsabile de ambliopie sau cecitate (care au fost prezentate deja).

Deficiențele de vedere se clasifică în funcție de acuitatea vizuală, raportată la acuitatea vizuală normală a ochiului emetrop (AV=1/1), conform F. Zamfirescu-Măргescu, F. Marin (1987) în:

- ***ambliopie ușoară*** – AV între 0,5-0,3;
- ***ambliopie medie*** – AV între 0,2-0,1;
- ***ambliopie forte (accentuată)*** – AV sub 0,1 (1/10);
- ***cecitate relativă*** – percepe mișcările mâinii, percepe lumina;
- ***cecitate absolută*** – fără perceperea luminii.

D. Mavrodin (1972) folosește drept criteriu de clasificare modificările valorilor acuității vizuale, fiecare fiind compatibilă cu un anumit tip de activitate practică, în funcție de gradul pierderii AV:

Valoarea acuității vizuale	*Valoarea pierderii acuității vizuale*	*Tipul deficienței de văz*
5/5 (1)	Vederea normală a ochiului emetrop	Limite fiziologice normale
¾ (0,75)	Vedere profesională normală	
2/3 (0,65)	Pierderea a 1/3 din AV	
½ (0,50)	Pierderea a 1/2 din AV	Ambliopie ușoară
1/3 (0,33)	Pierderea a 2/3 din AV	
¼ (0,25)	Pierderea a 3/4 din AV	
1/6 (0,16)	Pierderea a 5/6 din AV	Ambliopie medie
1/8 (0,125)	Pierderea a 7/8 din AV	
1/10 (0,10)	Pierderea a 9/10 din AV (numără degete de la 5m)	
1/12 (0,08)	Numără degete de la 4m	
1/16 (0,06)	Numără degete de la 3m	
1/20 (0,05)	Numără degete de la 3m	Ambliopie accentuată
1/25 (0,04)	Numără degete de la 2m	
1/50 (0,02)	Numără degete de la 1m	
1/100 (0,01)	Numără degete de la 50cm	
1/200 (0,005)	Numără degete de la 25m	
1/sub200	Percepe mișcările mâinii (pmm)	Cecitate relativă
1/sub 400	Percepe lumina fixă sau în mișcare	
0	Fără perceperea luminii (fpl)	Cecitate absolută

Tabel nr. 3 **Clasificarea deficienței de vedere**

În literatura engleză şi americană, clasificarea deficienţelor de văz se face tot în funcţie de valoarea acuităţii vizuale: ***vedere parţială, vedere scăzută şi cecitate*** (aşa cum reiese din figura care urmează).

Cecitatea dobândită poate fi temporară (datorată unor tulburări ischemice tranzitorii, hipertensiunii, edemului cerebral, cecităţii pitiatice) sau ***definitivă*** (determinată de tumori, enucleaţii, distrugerea centrilor corticali etc.).

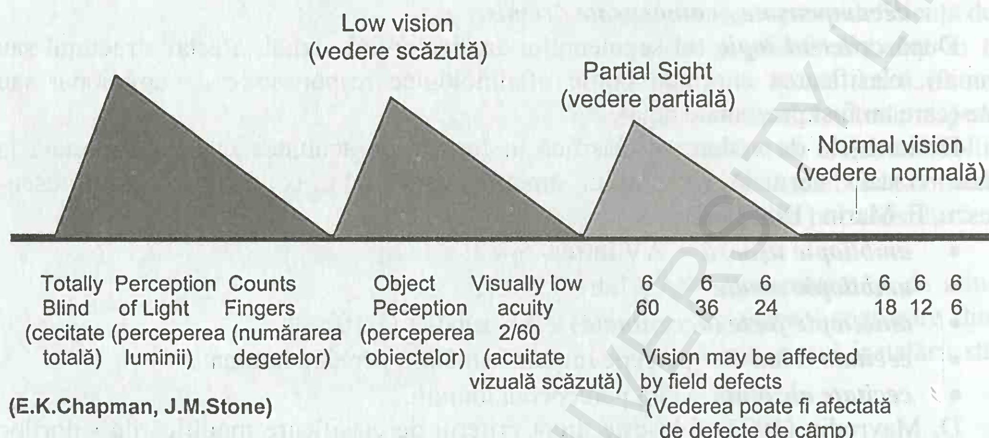


Fig. 4. **Clasificarea deficienţei de vedere în literatura engleză şi americană**

***În funcţie de sediul leziunilor cerebrale, cecitatea poate fi*:**

- ***cecitate corticală*** – afecţiune rară, produsă prin leziuni bilaterale ale căilor optice retrogeniculate şi ale ariei optice primare, care conduc spre pierderea bruscă şi totală a vederii; de asemenea, absenţa reflexelor de fixaţie, de fuziune, de clipire şi opto-kinetic pot fi cauzate de tulburări vasculare, embolii, encefalite, traumatisme, tumori;
- ***„cecitate" psihică*** (agnozie vizuală) – în care sunt afectate ariile prestriate şi parastriate, pacientul, văzând obiectele, dar neputându-le recunoaşte;
- ***„cecitate" pitiatică*** (isterică) – boală fără modificări oftalmoscopice semnificative, care apare în urma unor traume psiho-emoţionale, manifestată prin refuzul inconştient al bolnavului de a vedea (care dispare spontan după câteva zile).

Selecţia deficienţilor de vedere în România, în scopul orientării şcolare şi profesionale, se face tot în funcţie de acuitatea vizuală (V. Preda, 1993).

Gradul defectului vizual	*Acuitatea vizuală exprimată în:*			*Şcolarizare*
	Fracţii ordinale	Fracţii zecimale	Procente (%)	
Cecitate totală	0 - 1/200	0 – 0, 005	0 – 0, 5	*Şcoala pentru orbi*
Cecitate practică	1/200 - 1/50	0, 005 - 0.02	0, 5 - 2	
Ambliopie gravă	1/50 - 1/20	0, 02 – 0, 05	2 - 5	
Ambliopie	1/20 - 1/5	0,05 - 0.2	5 – 20	*Şcoala pentru ambliopi*

Tabel nr. 5 – **Clasificarea deficienţelor de văz pentru OSP**

După *gradul de scădere a acuității vizuale, în sens clinic, cu raportare la substratul organic, ambliopiile se clasifică în*:

- ***ambliopii organice (lezionale)*** – provocate de modificări organice, structurale, ale uneia sau a mai multor componente ale analizatorului vizual;
- ***ambliopii relative*** – în care nu există un raport proporțional direct între mărimea și profunzimea modificărilor structural-organice ale componentei / componentelor afectate și gradul de diminuare / dereglare a funcției vizuale;
- ***ambliopii funcționale*** (pure, absolute) – care nu sunt determinate de modificări structural-organice.

În funcție de ***gradul lezării optice și a nivelului utilizării resturilor de vedere***, D. Manolescu (1959) identifică:

- ***orbirea absolută*** – în care nu există restanțe vizuale funcționale, acuitatea vizuală având valoarea 0, fără perceperea luminii;
- ***orbirea socială (practică)*** – în care minimum-ul vederii restante nu este suficient pentru orientarea în spațiu, iar persoana nu poate efectua o activitate practică în mod independent (acuitatea vizuală fiind sub 1/20, iar câmpul vizual îngustat până la 5-10°) .

O serie de autori practică, după același criteriu topic, o ***clasificare a ambliopiilor funcționale, determinate de modificări fiziologice***:

- ***la nivelul retinei***:
  - pierderea unipolarității conurilor;
  - modificarea coeficientului echipupilomotor.
- ***la nivelul centrilor corticali ai vederii***:
  - fenomene de perturbare a coordonării senzorio-motorii;
  - fenomene inhibitorii în zonele corticale ale vederii (ambliopia de stingere prin reflexele de inhibiție centrală activă);
  - agnozii (Burian, Norden);
  - tulburări în orientarea spațială (Goldman);
  - tulburări ale perceperii formei (Panse și Cüppers).

În funcție de proiecția stimulului vizual pe retină, ambliopiile pot fi:

- ***ambliopii cu fixație centrală*** (ca în strabism);
- ***ambliopii cu fixație excentrică*** – ambliopii prin inhibiții asociate cu modificarea valorii spațiale retiniene, în care imaginea se formează departe de foveea centrală (S. Tasiak, W. *Thomas*, 1970);
- ***ambliopii cu fixație ezitantă*** (în jurul maculei);
- ***ambliopii cu fixație oscilantă*** (între maculă și un punct retinian excentric).

Un criteriu foarte important în clasificarea deficienței vizuale este ***momentul instalării bolii de fond***, în funcție de care există:

- ***deficiență vizuală congenitală;***
- ***deficiență vizuală dobândită***:
  - la vârsta micii copilării (0 – 2 ani);
  - la vârsta preșcolară (3 – 6 ani);
  - la vârsta școlară mică (7 – 10 ani);

- după această vârstă;
- la vârste înaintate (deficienţa de vedere tardivă).

Se consideră că a survenit o ambliopie atunci când diferenţa acuităţii vizuale între cei doi ochi este de minimum 0,3 (3 / 10).

Unii autori (Th. Heller – 1904, D. Damaschin, 1973, G.T. Scholl, 1986) clasifică ***orbirea în funcţie de vârstă şi de prezenţa/absenţa reprezentărilor vizuale***, care au rol în interpretarea informaţiilor obţinute prin alte modalităţi senzoriale, îndeosebi tactil-kinestezice, identificând:

- ***orbire congenitală*** – în care nu există reprezentări vizuale, ele elaborându-se pe baza activităţii celorlalţi analizatori;
- ***orbirea survenită până la 3 ani*** – în care nu există reprezentări vizuale;
- ***orbirea survenită după 3 ani*** – în care se conservă reprezentările vizuale formate, dar care, deşi se reduc în intensitate, păstrează totuşi caracterul integrator al experienţei senzoriale; cu timpul, acest tip de reprezentări se restructurează, formându-se noi relaţii intermodale dinamice, în care rolul dominant îl au imaginea tactil-kinestezică şi auditivă. Reprezentările cromatice îşi pierd primele semnificaţia, iar, apoi, cele privind forma obiectelor, mai strâns legată de imaginea tactil-kinestezică (unele imagini vizuale conservate putând apărea chiar în visele persoanelor cu cecitate dobândită în acest mod).

În funcţie de implicarea experienţei optice în viaţa psihică, T. Heller identifică:

- ***copiii cu cecitate congenitală şi cei care au orbit în primul an de viaţă*** – care sunt lipsiţi de orice experienţă optică şi de reprezentări vizuale;
- ***copiii cu cecitate survenită la vârsta de 2–4 ani*** – la care sunt conservate unele reprezentări vizuale şterse, fragile, în legătură cu informaţiile / reprezentările tactil-kinestezice,
- ***copiii care au orbit după vârsta de 4 ani*** – la care sunt formate şi conservate reprezentări vizuale, care sunt transferate („vizualizate“) în modalitatea tactil-kinestezică şi auditivă;
- ***copiii orbi cu resturi de vedere*** – care, prin restanţele vizuale funcţionale minime, pot percepe lumina şi raporturile spaţiale vagi.

P. Henri utilizează pentru clasificare trei criterii, respectiv ***gradul deficienţei de vedere, momentul apariţiei şi dinamica acesteia*** (staţionară, progresivă, regresivă), distingând:

- ***„orbii total “ (cecitate congenitală);***
- ***„orbii total,*** cărora ***li s-a recuperat parţial vederea printr-o intervenţie recuperatorie“ (cecitate parţială);***
- ***„orbii cu resturi de vedere staţionară“***, de tipul „percepe lumina“;
- ***„orbii total “***, care au avut vedere normală înainte de instalarea cecităţii
- ***„persoane cu resturi de vedere de tipul „percepe lumina“***, care au văzut normal înainte de a surveni deficienţa ;
- ***„deficienţi vizual cu resturi de vedere care scad progresiv“***.

Mulţi autori (A.Janda, B. I. Kovalenco şi N. B. Kovalenco, H. Scholtyssekin, H.Wappman, W. Steiberg etc.) grupează copiii şi persoanele deficiente de văz în funcţie

de *momentul instalării deficienței vizuale,* realizând clasificări cvasi asemănătoare, cu identificarea unor categorii nosologice între cecitatea timpurie și cecitatea tardivă.

Taxonomia bolilor responsabile de deficiența de văz, precum și clasificarea acestora în funcție de o serie de criterii de ordin anatomic, funcțional, temporal etc. joacă nu numai un rol ordonator și de sistematizare, ci, mai ales, un rol teoretic și practic în domeniul medical, al Psihopedagogiei speciale, al demersurilor compensator-recuperatorii, al legislației, protecției și asistenței sociale etc., deoarece, cunoscând tabloul clinic, prognosticul, indicațiile, contraindicațiile unui anume tip sau grad al deficienței de văz, se poate realiza diagnosticul diferențial și, pe baza lui, se pot proiecta programe eficiente pentru compensarea vederii slabe sau a lipsei vederii și pentru recuperarea persoanei cu deficiență vizuală.

3. SPECIFICUL FUNCȚIILOR ȘI PROCESELOR PSIHICE ÎN FORMELE DEFICIENȚEI DE VĂZ

Consecințele deficienței vizuale asupra planului neurofiziologic

Ambliopia și cecitatea, care implică o serie de modificări structurale și funcționale ale analizatorului vizual, produc dereglări importante ale indicilor funcționali ai vederii, în sensul scăderii rolului lor în realizarea eficienței vizuale.

Așa cum s-a menționat deja, majoritatea bolilor localizate la nivelul diferitelor componente ale analizatorului vizual produc scăderi de diferite grade ale acuității vizuale, până la anularea acesteia; este afectată, de asemenea, sensibilitatea luminoasă și, în consecință, fie vederea de aproape, fie vederea de la distanță, cu modificarea imaginilor vizuale care devin neclare, difuze, deformate, alungite, fără detalii evidențiate etc. (așa cum se întâmplă în cazul ametropiilor, cataractei, retinitelor etc.).

Câmpul vizual se modifică, de asemenea, în multe boli oftalmologice, prin îngustarea lui, prin apariția scotoamelor patologice și a hemianopsiei, în unele cazuri (ca în retinita pigmentară), devenind tubular.

În multe boli (mai ales în cele produse de opacifierea mediilor transparente, cum sunt cataracta sau leucomul), este afectată și sensibilitatea de contrast. Retinita pigmentară, discromatopsiile, glaucomul și alte boli afectează și sensibilitatea cromatică, pe lângă ceilalți indici funcționali ai vederii.

Multe boli ale analizatorului vizual (dar mai ales tulburările oculomotricității sau cele care produc o dezvoltare dimensională insuficientă a globilor oculari – cum este microftalmia) afectează vederea binoculară și implicit perceperea reliefului, a poziției corecte a obiectelor în spațiul tridimensional, aprecierea distanțelor, interpretarea imaginilor grafice etc.

Pentru a readuce și a menține indicii funcționali în limite fiziologice și spre a evita complicațiile, se impun nu numai măsuri medicale, care, în fapt constau în tratarea bolilor de fond și în corecția optică, ci și măsuri psihoeducaționale (poziție și distanță corectă la scris-citit, adaptarea instrumentelor și materialelor la parametrii vederii, utilizarea materialelor tiflografice etc.), asigurarea unor condiții care să permită valorificarea maximală a restanțelor vizuale (iluminat adecvat, evitarea efortului fizic, psihic și mai ales

vizual etc.), precum şi antrenament vizual specific şi adecvat prin exerciţii de educaţie vizual-perceptivă, de ortoptică şi pleoptică motorie.

Perturbările de la nivelul segmentelor periferice ale analizatorului vizual se repercutează nefavorabil şi asupra segmentului său central, imprimând ***o serie de particularităţi neurofiziologice, o serie de modificări ale dinamicii corticale şi ale proceselor bioelectrice cerebrale*** (relevate pe baza reflexelor condiţionate, a analizei imaginilor consecutive şi a înregistrării oculomotricităţii în contextul diferitelor activităţi):

- reducerea intensităţii şi mobilităţii proceselor nervoase şi chiar un anumit grad de inerţie al acestora;
- scăderea vitezei de formare a reflexelor condiţionate şi instabilitatea acestora;
- inhibiţia reacţiilor motorii de orientare, mai evidente în cazul cecităţii, traduse în plan comportamental prin hiperprudenţa, teama şi reţinerea în mişcare proprie nevăzătorilor;
- imagini vizuale succesive care dispar rapid;
- dereglarea raportului dintre excitaţie şi inhibiţie, în sensul prevalenţei celui de-al doilea proces, care, în plan comportamental, determină un ritm lent al activităţii şi dificultăţi de trecere de la o activitate la alta.

O serie de autori remarcă, pe baza înregistrării electroencefalografice a potenţialelor bioelectrice, că ***vederea slabă sau lipsa vederii determină o restructurare neurodinamică foarte complexă***, atât a activităţii analizatorului vizual, cât şi a activităţii centrilor corticali, o transmitere lentă sau, în unele boli, chiar blocaje ale impulsurilor retiniene sau a acelora provenite de la alţi analizatori, spre scoarţa cerebrală.

„Electroencefalograma evidenţiază la slab văzător şi mai ales la nevăzător o depresiune a ritmului alfa, care se constată mai ales în regiunile centrale ale scoarţei cerebrale" (**Zimkina, M.**, 1956, pag. 33).

De asemenea, e remarcat faptul că electroencefalograma, la orbi, este diferită de cea normală şi prin scăderea mărimii tuturor oscilaţiilor electrice ale scoarţei cerebrale, în cecitatea totală, ritmul alfa fiind absent.

Prin electrooculografie sunt înregistrate mişcările globilor oculari, relevându-se faptul că, în cazul deficienţei vizuale, pe lângă tulburarea sau scăderea funcţionalităţii recepţiei şi integrării vizuale, sunt adesea perturbate şi funcţiile motorii ale ochiului.

Prin procesul autocompensator intersistemic, activat de absenţa vederii, se produce dezactivarea masivă a activităţii electrice din aria corticală vizuală a lobului occipital, unde se proiectează imaginile vizuale şi apariţia unui focar de activitate electrică maximă în zona centrală corticală, în aria de proiecţie şi de integrare a informaţiilor recepţionate prin analizatorul tactil-kinestezic.

Datorită compensării intersistemice, „pe măsură ce acuitatea vederii slab văzătorului e mai mare, creşte şi numărul de electroencefalograme cu prezenţa ritmului alfa, ca şi amplitudinea tuturor oscilaţiilor electrice, iar centrul activităţii electrice maxime se deplasează din zona centrală către cea occipitală a scoarţei" (**Novikova, L.A.**, 1966, pag. 156), formându-se un focar puternic al activităţii electrice ritmice în zona motorie, generat de procesul compensator, prin tactil-kinestezie; de asemenea, prin alte metode electro-fiziologice, se înregistrează mişcările globilor oculari şi funcţiile motorii ale ochilor (care, aproape paradoxal, se înregistrează şi în unele cazuri de cecitate!!).

Aspectele neurofiziologice implicate în compensarea deficienţei de vedere au constituit obiectul unei cercetări personale, ***centrate, mai ales, pe problematica dominanţei corticale*** **(Rozorea, Anca**, 2004), care nu are doar importanţă teoretică, pentru cercetare, ci şi ***rol în plan aplicativ, mai ales în învăţământ***, cu atât mai mult cu cât, instrucţia ştiinţifică, masiv informatizată, dominantă asupra celei umaniste şi artistice, stimulează, prin modul de structurare logică a informaţiilor, chiar şi în cazul deficienţilor de vedere, mai ales emisfera corticală stângă, prioritar prin mijloace verbale.

Din perspectiva funcţionării totale a creierului uman, reiese faptul că este stimulată doar o parte a potenţialului funcţional cortical, deşi ***activitatea umană se realizează printr-un echilibru între cele două moduri diferite, dar potenţial complementare, ale celor două emisfere cerebrale: cel verbal şi raţional şi cel nonverbal şi intuitiv***, care se corelează cu cele două „stiluri cognitive diferite“: raţional / intuitiv, obiectiv / subiectiv, analitic / sintetic, abstract / concret“ (S.P. Springer, G. Deutsch).

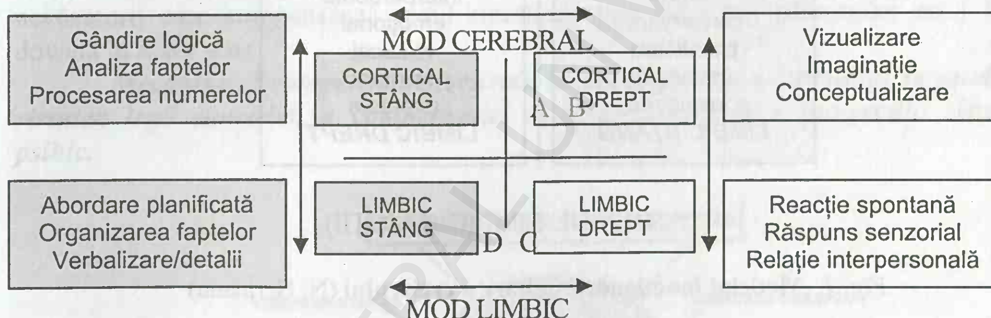


Fig. 6. **Modelul circular al creierului** (N. Hermann)

N.Hermann elaborează, în 1982, ***modelul funcţionării unitare a creierului***, preferinţa corticală constând în folosirea mai intensă a unuia dintre cele patru sectoare, descriind mai târziu patru tipuri de preferinţă cerebrală: tipul analitic/logic – sistemul cortical stâng, tipul organizatoric / detaliat – sistemul limbic stâng, tipul interpersonal / expresiv – sistem limbic drept, tipul imaginativ/conceptual – sistemul cortical drept (aşa cum reiese din figura nr. 6).

Cercetarea invocată a avut, ca ipoteză principală, ***ideea dominanţei emisferice drepte la deficientul de vedere***, susţinută şi validată de unele date teoretice, de observaţiile empirice personale, dar mai ales de rezultatele cercetării.

Cercetările şi studiile de specialitate susţin posibilitatea modificării nivelului funcţional al emisferelor cerebrale prin activităţi susţinute de gimnastică intelectuală şi antrenament creativ.

S. M. Kosslyn şi colaboratorii (cit. în **Botez, M. I.**, 1996, pag. 137) susţin că imagistica mentală vizuală antrenează o activare nu numai a zonelor cerebrale implicate în diferite operaţii cognitive nespecifice (ca viziunea spaţială, memoria locului, vigilenţa), dar mai ales diferitelor zone extrastriate (ca de exemplu: aria vizuală primară), în care sunt distribuite reprezentările obiectelor (pe astfel de fenomene bazându-se şi compensarea intramodală şi intermodală).

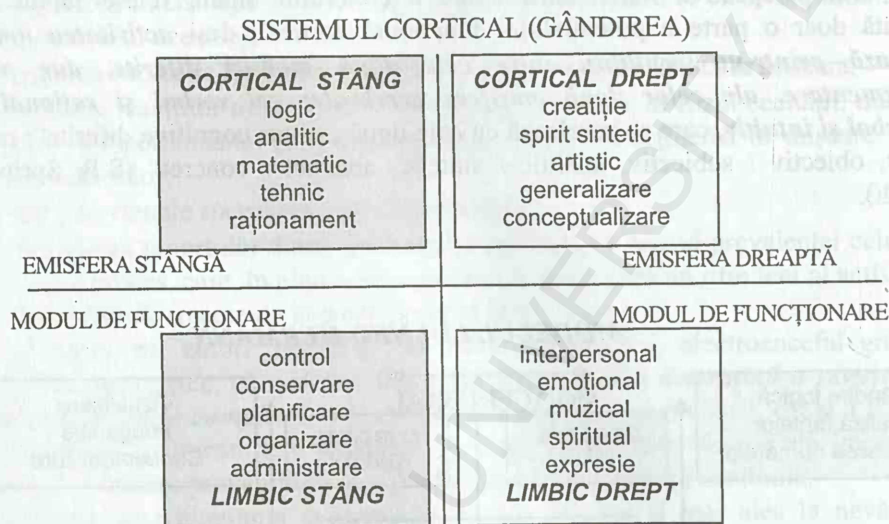


Fig. 7. **Modelul funcţionării unitare a creierului** (N. Hermann)

În cazul deficienţelor de vedere, se produce, de fapt, o autostimulare în sens compensator a emisferei drepte care controlează, după cum s-a arătat, o serie de funcţii, precum înţelegerea nonverbală, recunoaşterea formelor, a tonului şi intonaţiilor, imaginaţia, intuiţia, gândirea video-spaţială şi mai puţin limbajul, scrisul, raţionamentul, calculul logic, capacitatea de analiză etc.

O serie de particularităţi ale deficientului de vedere (vocabular activ sărac şi exprimare orală şi scrisă realizată cu dificultate, nivel scăzut al prelucrării logice a informaţiei şi înţelegere deficitară a acesteia, operare facilă în plan concret şi practic şi cu dificultate în plan abstract, inclusiv în formarea şi operarea cu noţiuni abstracte, susţinerea atenţiei selective prin atributele culorii, formei şi mişcării obiectelor, dificultăţi în recunoaşterea detaliilor, judecata practică, sinteza vizual-spaţială, înţelegerea intuitivă a relaţiilor spaţiale şi multe altele, ***toate procesate de emisfera corticală dreaptă, susţin ideea dominanţei emisferice drepte*** (**Rozorea, Anca**, 2004, pag. 103 etc.).

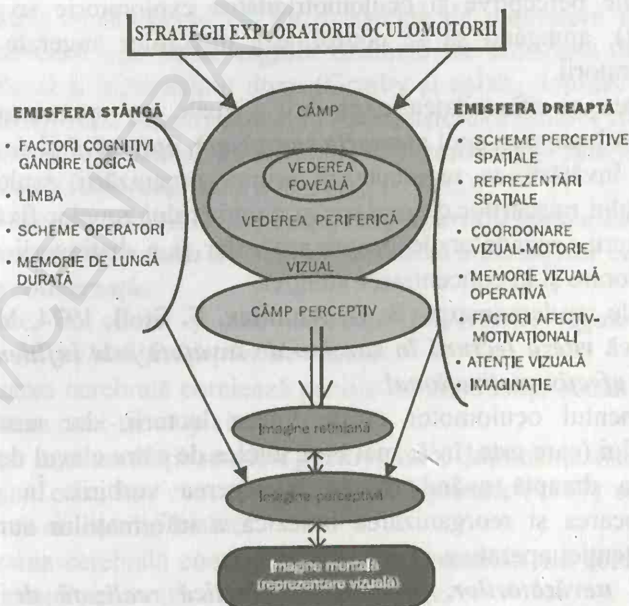
Dintre concluziile cercetării referitoare la activitatea neurofiziologică şi la dominanţa corticală dreaptă în cazul deficienţilor de vedere, remarcăm :

- ***dominanţă netă a sectorului cortical drept faţă de cel stâng, precum şi a sectorului limbic drept faţă de cel stâng***, ceea ce conferă şi dominanţa modului de reactivitate drept (C + D) faţă de cel stâng (A + B);
- ***dominanţă netă a stilului cognitiv afectiv-emoţional*** (sectorul limbic drept + sectorul limbic stâng) ***faţă de stilul cognitiv raţional*** (sectorul cortical drept + sectorul cortical stâng);
- ***nivelul funcţional mai scăzut al emisferei stângi faţă de cel al emisferei dreapte.***

Emisfera dreaptă realizează procesarea informaţiei în manieră sintetică, operând cu imagini, concepte, modele, procesarea simultană analogică a informaţiei şi sinteza ei, prin percepţii şi intuiţie; la nivelul ei, modelele de gândire sunt sintetice şi intuitive.

Acesta este, poate, însuşi mecanismul central de compensare a procesului perceptiv vizual deficitar, particularităţile elevilor deficienţi de vedere (prelungirea stadiului intuitiv concret peste limitele vârstei determinate de J.Piaget, învăţarea mai eficientă şi mai facilă prin manipularea unei baze materiale concrete, capacitatea intuitivă, capacitatea redusă de transformare a succesivului în simultan, vizuo-spaţialitatea funcţională, care concură la obţinerea de rezultate mai bune la geometrie, chiar şi de către nevăzătorii care compensează tactil-kinestezic prin folosirea tiflografiei etc.) fiind o dovadă în acest sens.

Mecanismul compensator (schema încearcă figurarea acestuia) se produce în virtutea legii simetriei, a compensaţiei interfuncţionale şi a integrităţii sistemului psihic.



Schema nr. 8 – **Mecanisme autocompensatorii ale deficienţei de vedere**

Pe fondul unei stări de ***„vigilitate orientată“ (atenție vizuală)*** sunt activizate toate potențialitățile vizuale restante și ***strategiile exploratorii oculomotorii;*** astfel, are loc „o succesiune de operații senzorio-motorii (prin coordonare vizual-motorie) de percepere a câmpului stimulator extern, în vederea stabilirii coordonatelor punctelor emițătoare de semnale și a fixării lor în zonele optime de integrare, de receptare sau/și de supraveghere.“ (**Golu, P.**, 1975, pag. 131).

Cercetările psihofiziologice au relevat rolul emisferelor cerebrale în reglarea explorării vizuale, prin strategiile speciale de „inspecție și control“ elaborate în cursul experienței anterioare și prin interpretarea punctelor cu maximă valoare informațională. Atenția selectivă implică o sensibilizare sau o modulare a răspunsurilor zonelor cerebrale specializate pentru atributul perceptiv.

Explorarea vizuală este de tip spațial, fiind procesată la nivelul emisferei drepte ***prin funcționalitatea schemelor perceptive vizuale,*** care eficientizează datele spațiale și elementele informaționale obținute prin direcționarea și coordonarea de ansamblu a explorării vizuale de la nivelul vederii periferice, precum și prin organizarea „spațiului de lectură“ („praxia oculomotorie“).

Imaginile retiniene (lacunare, deformate, incorecte în cele mai multe cazuri de deficiență vizuală), precum și sinteza perceptivă deficitară, sunt compensate la nivel central, în special la nivelul emisferei drepte, care procesează informația în manieră sintetică.

Lipsa sintezei primare globale care o condiționează pe cea de finețe de la nivel central se repercutează negativ și asupra ***calității și conținutului imaginii perceptive și asupra reprezentărilor***, cu atât mai mult cu cât AV e mai scăzută.

Activitățile perceptive și oculomotricitatea exploratorie se dezvoltă odată cu vârsta (J. Piaget), ajungând să se conformeze direcțiilor sugerate de ***inteligență*** în progresele ei operatorii.

Rapiditatea și eficacitatea explorării vizuale se optimizează prin învățarea perceptivă, care influențează apoi ***memoria senzorială, operativă și de lungă durată.***

Efectele învățării se repercutează asupra organizării explorării vizuale prin reducerea numărului mișcărilor de regresie și a numărului zonelor fixate pentru corecție, în favoarea creșterii „sacadelor de progresare“, dar și a distingerii rapide a criteriilor relevanței în explorare și în concentrarea atenției.

Cercetările au demonstrat (**B. G. Ananiev, F. Stoll**, 1974, **V. Preda**, 1997, **A. Rozorea**, 1998) că ***viteza lecturii în sarcina de învățare este influențată și de factorii cognitivi activați afectiv-motivațional.***

Antrenamentul oculomotor crește viteza lecturii, dar scade capacitatea de înțelegere a textului (care este, însă, mai bine înțeles de către elevul deficient vizual dacă e citit), emisfera dreaptă având rol în înțelegerea vorbirii. În privința asimilării cunoștințelor, stocarea și reorganizarea mnezică a informațiilor sunt condiționate de funcționalitatea atenției operative.

În cazul nevăzătorilor, procesarea sintetică realizată de emisfera dreaptă constă și în formarea relațiilor intermodale (mecanisme perceptive, auditive, tactil-kinestezice etc.) și a relațiilor acestora cu strategiile gândirii.

„Gestul palpatoriu" de explorare a conturului, formei, structurii obiectului sau a desenului tiflografic declanşează *mecanismul funcţionării pattern-urilor motorii corespunzătoare*, care capătă semnificaţie prin interpretarea informaţiei la nivel central.

Dacă explorarea spaţială contribuie la „suplinirea" reprezentărilor vizuale, ea însăşi e susţinută de schemele imagistice care evoluează odată cu vârsta, cu experienţa perceptivă şi cognitivă, cu dezvoltarea intelectuală, în ultimă instanţă realizându-se un „spaţiu proiectiv sau reprezentativ" bazat pe reprezentări şi noţiuni spaţiale.

Imagistica mentală vizuală antrenează o activare nu numai a zonelor cerebrale implicate în diferite operaţii cognitive nespecifice (ca viziunea spaţială, memoria de lucru sau vigilenţa), dar mai ales diferite zone extrastriate în care sunt, probabil, distribuite reprezentările obiectelor, ca de pildă aria vizuală primară. Astfel, reconstrucţia mentală a reprezentării unui obiect activează ansamblul zonelor cerebrale implicate în percepţia vizuală a acelui obiect mult mai intens (cf. Kosslyn şi colab., cit. în **Botez, M. I.**, 1996, pag. 138).

Pardo şi colab. au demonstrat că fixarea pasivă a unui punct luminos stabil îşi are sediul în emisfera dreaptă.

La om există divergenţa a două căi ale tratamentului vizual: o cale inferotemporală (ventrală) a analizei atributelor fizice ale obiectului, permiţând identificarea lor (culoare, formă, textură) şi o cale dorso- laterală a analizei caracteristicilor spaţiale ale obiectelor (Haxby şi colab.).

Sergent şi colab., în efortul de clarificare a tratamentului semantic al percepţiei vizuale, în cazul bolnavilor cu leziuni de vedere determinate de leziuni cerebrale posttraumatice, au evidenţiat o activare preferenţială a zonelor temporale inferioare ale emisferei stângi în timpul categorisirii obiectelor şi a zonelor corespunzătoare ale emisferei drepte în timpul identificării figurilor .

S-a demonstrat experimental că, într-o sarcină de memorare vizuo-spaţială pe termen scurt, se activează mai multe regiuni distincte ale emisferei drepte, în special prefrontalul dorsolateral şi hipocampul drept (Grasby şi colab., Jonides şi colab.); după Squire şi colab., aceleaşi zone se activează şi în recunoaştere (memoria episodică).

Astfel de concluzii probează mecanismul compensator şi funcţiile specifice ale fiecărui sector cerebral (**Rozorea, Anca**, 2004, pag. 103 etc.).

Dominanţa sectorului limbic drept conferă preferinţa pentru contacte sociale şi pentru compania oamenilor, pentru înţelegerea intuitivă a dorinţelor celorlalţi, precum şi preferinţa pentru conversaţie.

Din cercetare, au reieşit şi alte ***concluzii importante legate de dominanţa emisferică dreaptă, în cazul deficienţilor de vedere***:

- lateralizarea cerebrală corelează pozitiv cu dominanţa oculară şi respectiv cu lateralitatea ochi-mână-picior;
- existenţa unei corelaţii sensibil pozitive între dominanţa sistemului limbic şi nevrotism, care, aşa cum remarcă şi **H. Eysenck** (1967) este influenţat de stimularea sistemului limbic;
- lateralizarea cerebrală conduce şi spre particularităţi ale comportamentului şi ale preferinţei pentru un anumit tip de învăţare;
- corelaţia pozitivă între dominanţa emisferică dreaptă şi o serie de trăsături influenţate de aceasta (reieşite tot din cercetare), care s-au dovedit specifice şi

pregnante la deficientul de vedere (nivel mediu de sugestibilitate, emotivitate simplă, capacitate intuitivă, sensibilitate la mesajul muzical etc.), tote acestea cu rol în asimilarea unor modele de învățare eficiente.

Consecințele pe planul dinamicii corticale pot fi compensate printr-un program sistematic de educare a tuturor modalităților senzoriale și a exersării funcționării lor intercorelate, activând și emisfera dreaptă cu rol esențial în compensarea vederii slabe sau a lipsei vederii.

Consecințele deficienței vizuale asupra dezvoltării fizice, somatice, organice și asupra psihomotricității

Consecințele deficienței de vedere se resimt și la nivelul dezvoltării fizice, în plan morfofuncțional, somatic, visceral, constituțional, variind de la o dezvoltare și ținută fizică necorespunzătoare vârstei și până la abateri în ținuta posturală și locomotorie.

Măsurătorile antropometrice, somatometrice și biometrice, utilizate în mod expres ca metode în unele cercetări din literatura de specialitate, au dovedit faptul că deficiența de vedere, mai ales cecitatea, influențează (în funcție de gravitatea deficienței, de etiologie, de tipul deficienței, de asocierea deficienței de vedere cu alte deficiențe) dezvoltarea somatică și capacitatea vitală, în sensul unor „diferențe în minus față de văzători" (**Marcu, I., Mangros, V**., 1980, pag. 58).

P. Oléron și **P. Villey** remarcă o dezvoltare motorie întârziată, mai ales la nevăzători, insuficiența mișcărilor din primii ani de viață determinând întârzieri în dezvoltarea fizică generală, atât la nivelul structural al sistemului osteo-articular și al sistemului muscular, cât și la nivelul funcțional al componentelor prin care se realizează locomoția și mobiltatea, pe cât de necesară, pe atât de diversă.

Unii autori (**W. Drabe** 1958, **A. Ionescu**, **D. Moțet**, 1964, **J. Loudes** 1967 etc.) relevă întârzierea în dezvoltarea fizică a copilul deficient vizual (mai ales în copilăria mică, dacă nu s-a intevenit precoce cu măsuri educative individaalizate); s-a decelat, la vârsta școlarității, un decalaj de cca 2 ani în dezvoltarea fizică a deficienților vizual față de reperele normale ale vârstei, consecințele pe plan fizic fiind dependente de momentul survenirii deficienței vizuale, de gradul și gravitatea ei, de vârsta și particularitățile individuale (mai ales potențialul de dezvoltare); la vârsta de 17 ani, această întârziere nu ar fi decât de 1an, în special privind înălțimea și greutatea (**Marcu, I., Mangros, V.**, 1980).

Copiii nevăzători își dezvoltă ansamblul motricității, gesturile și cunoașterea exteroceptivă a lumii din momentul în care acced la o formă orientată de autocontrol spațial.

Pentru micul nevăzător, a accede la mers și a parcurge spațiul nu sunt două achiziții simultane și nici simple.

Automatismul conduitei motrice se formează cu întârziere, iar aspectul mersului nevăzătorilor comportă atitudini rigide, nesigure, ezitante, fiind slab coordonat; piciorul este ridicat mai mult, tatonarea prudentă a solului fiind făcută cu vârful acestuia („mers de barză"); înaintarea, ca și coborârea scărilor, se fac, de obicei cu un singur picior, brațele rămânând imobile. De asemenea, se remarcă o coordonare

dificilă a mersului (deviaţii stânga/dreapta, grad redus de automatizare a gestualităţii specifice conduitei motrice, posturi vicioase în mers etc.).

Dacă la naştere, atât copilul fără vreo deficienţă de vedere , cât şi cel fără vedere sau cu vedere slabă, cunosc un nivel cvasi asemănător al dezvoltării motricităţii (respectiv, un număr mic de mişcări, rezultat al reacţiilor instinctuale), încă din ontogeneza timpurie, evoluţia motricităţi cunoaşte ritmuri diferite pe tot parcursul substadiilor inteligenţei senzorio-motorii, la copilul nevăzător apărând primele semne de desincronie a coordonării oculocefalogice şi oculo-manuale.

Reacţiile circulare identificate de J.Piaget (primare, secundare şi terţiare), dezvoltate normal la copilul văzător, apariţia intenţionalităţii (copilul „cucereşte astfel spaţiul şi timpul!“), asimilările şi acomodările pe care le realizează el de-a lungul stadiului inteligenţei senzorio-motorii, accentuează diferenţa faţă de copilul deficient vizual, mai ales nevăzător, prin momentul apariţiei, prin ritmul şi amploarea lor, cu atât mai mult dacă i se impun bariere în exersarea psihomotricităţii, prin îngrădirea mişcării, inclusiv a mersului „de-a buşelea“, prelungit temporal şi a jocurilor care includ varietatea mişcărilor (mai ales dacă îi este indusă teama şi inhibarea dorinţei de mişcare).

Cercetările au dovedit, de asemenea, că, dacă mediul este stimulativ în acest sens, nu există diferenţe semnificative în dezvoltarea verbo-motorie, comparativ cu copilul văzător, mişcările fono-articulatorii implicate în gângurit, lalaţiune şi limbaj activându-se în mod normal, concurând la achiziţia verbală în etapa corespunzătoare vârstei.

În etapele ulterioare, se organizează, treptat, şi devine tot mai activă explorarea tactil-kinestezică, prin care sunt obţinute tot mai multe informaţii şi prin care sunt stimulate procesele şi funcţiile psihice superioare de cunoaştere.

Copilul deficient vizual, mai ales nevăzător, îşi formează şi îşi diversifică experienţa psihomotrică, în mare parte, prin imitaţie şi prin „învăţare tactil-kinestezică “ şi auditivă; însăşi schema corporală proprie se formează treptat în copilărie, cu ajutorul unor mecanisme pluri senzoriale, prin asocierea repetată a impulsurilor interoceptive, proprioceptive şi exteroceptive.

Cunoaşterea schemei corporale are mare importanţă pentru copilul ambliop şi mai ales nevăzător, deoarece reprezintă un punct de reper în cunoaşterea şi orientarea în spaţiul înconjurător.

H. Wallon consideră imaginea sau schema corporală atât rezultatul, cât şi condiţia unor raporturi adecvate între individ şi mediu.

Schema corporală contribuie la conştientizarea „permanenţei de sine în spaţiu“, imaginea corporală („reprezentarea corpului“) contribuind şi la situarea în timp, iar „reprezentarea de sine“ având rol nu numai în conştientizarea propriei identităţi, ci şi în realizarea acţiunilor proprii în spaţiu şi timp şi a relaţiilor cu lumea (**Bedoin, M**, 1990, pp. 58-60).

Din astfel de motive, se impune necesitatea educaţiei psihomotrice, care include antrenarea mobilităţii, asimilarea şi operaţionalizarea unor noţiuni spaţiale (poziţie, mărime, direcţie, distanţă) şi exersarea „comportamentului spaţial“ (Fr. Martinez).

Psihomotricitatea are rol important în orientarea spaţială a nevăzătorilor, subsistemul proprioceptiv furnizând permanent informaţii despre postura şi echilibrul corpului, iar cel kinestezic despre ansamblul mişcărilor şi despre poziţia în timpul

mersului, ea dezvoltându-se în mod deosebit în etapele şcolare, datorită diversificării activităţilor, inclusiv a celor lexico-grafice în alb-negru şi în Braille.

Programele şi schemele motorii, alături de alte variabile psihice (cognitive, afective şi perceptive), sunt implicate în orientarea şi mobilitatea nevăzătorilor în mediul înconjurător (subiect ce va fi tratat într-un capitol ulterior).

Combaterea şi mai ales prevenirea consecinţelor deficienţei de vedere pe planurile analizate suscită o serie de măsuri igienico-sanitare, de alimentaţie, de corectare a defectelor fizico-motorii, de mobilizare precoce a sistemului osteo-muscular prin mişcare, de prevenire a accidentelor, de tratament medical oportun, în cazul tulburărilor trofice neuromusculare şi al traumatismelor osteoarticulare, de exersare a schemei corporale, de operare cu noţiunile spaţiale etc.

Din literatura de specialitate (**Bratu, I. A.**, 1967, **A. Ionescu, D. Moţet**, 1964, **M. Ştefan**, 1981, **E. Verza**, 1995) şi din experienţa noastră cu elevii ambliopi şi nevăzători, evidenţiem ***unele aspecte particulare în plan fizic, somatic, visceral şi psihomotric:***

- ***dezvoltare fizică întârziată, mai puţin armonioasă***, determinată de sedentarism, de motricitatea slab exersată, de funcţionarea desincronizată a principalelor grupe musculare şi concretizată în atitudini rigide, cifoze, o aplecare a capului şi gâtului înainte şi lateral etc.;

- ***dimensiuni reduse sau deformări ale craniului*** (unele de tip hidrocefalic); o cercetare întreprinsă de A. Binet la începutul secolului al XX-lea (care a suscitat multe controverse), pe baza măsurătorilor antropometrice comparative ale diametrului transversal şi antero-posterior al craniului văzătorilor şi nevăzătorilor, cu aceeaşi vârstă cronologică, a evidenţiat faptul că 70% dintre nevăzătorii studiaţi aveau un volum cranian mai redus decât media normală, fenomen cu atât mai evident, cu cât deficienţa era instalată mai de timpuriu;

- ***deformări ale coloanei vertebrale*** în plan frontal (scolioze) sau sagital (cifoze, lordoze);

- ***modificări ale musculaturii:*** atrofii musculare, distrofii şi evidente aspecte rahitice, o laxitate articulară şi o scădere a tonusului şi a forţei musculare şi rigiditatea exagerată a segmentelor corpului (hipertonii);

- ***atitudini posturale şi locomotorii vicioase***, defecte fizice ale diferitelor componente sau ale întregului corp (umerii căzuţi şi aduşi sau ridicaţi, torace îngust), poziţia nefirească a extremităţii cefalice (capul şi gâtul aplecate înainte sau înclinate lateral) şi a membrelor superioare şi inferioare (care sunt subţiri, cu reliefări musculare slab dezvoltate), în unele cazuri, tremurul extremităţilor şi lipsa de mobilitate, determinate sau menţinute de lipsa controlului vizual al ţinutei corporale;

- ***reactivitate vegetativă crescută la semnale vizuale*** (manifestată, printre altele, prin accelerarea respiraţiei), care este explicată prin funcţia energetică a segmentelor aferente ale nervului optic şi prin rolul stimulativ al energiei luminoase asupra unor

procese neurovegetative, prin intermediul sistemului diencefalic-hipofizar, funcţii absente în condiţiile cecităţii;

- *în plan organic şi visceral*, în unele cazuri, se evidenţiază boli cutanate, determinate fie de unele afecţiuni oftalmologice, fie de carenţa vitaminei A, tulburări cardio-vasculare, insuficienţă circulatorie periferică, afecţiuni respiratorii, dereglări endocrino-metabolice (distrofii, obezitate, disfuncţii hipofizare şi tiroidiene), dereglări digestive (polifagii, inapetenţe, dereglări ale metabolismului glucidic şi al apei), tulburări ale somnului, enurezis nocturn şi diurn etc; s-a constatat că, la orbii cu deficienţa instalată timpuriu, şaua turcească hipofizară are, în medie, dimensiuni mai mici decât în cazurile de orbire tardivă, modificare interpretată în sensul producerii unor disfuncţii hipofizare determinate de lipsa impulsurilor luminoase din copilăria timpurie;

- *aspecte specifice ale psihomotricităţii* – determinate de deficienţa de vedere, în funcţie de gravitatea ei, mai ales la vârstele mici:
  - ***tulburări ale orientării spaţiale şi ale mobilităţii***, cu repercusiuni asupra activităţii şi în special asupra însuşirii scris-cititului, datorate eficienţei vizuale reduse;
  - ***forţa, precizia, siguranţa, prehensiunea, mişcările sau discriminările tactile, barestezice, kinestezice deficitare;***
  - ***mişcări imprecise, tulburări kinestezice, manierisme asimetrice, ticuri, ritmii*** (mişcări stereotipe de balansare a capului înainte şi înapoi, pendularea capului stânga-dreapta, legănatul braţelor, picioarelor sau al trunchiului, învârtirea/săritul pe loc, întinderea întregului corp în direcţia unor surse sonore, frecatul mâinilor, lovirea genunchilor, cu legănarea concomitentă a capului şi a trunchiului etc.);
  - ***„blindisme”*** (la nevăzători), ca, de exemplu, „ticul oculo-digital”, modificări ale mimicii (prin lipsa expresivităţii ochilor, printr-o serie de ticuri de genul grimaselor, încreţirii frunţii şi a buzelor) etc.; la orbii congenital şi la cei cu cecitate dobândită în primii ani de viaţă, apar, frecvent, încă din copilăria timpurie, astfel de manifestări motrice negative, care se fixează şi devin deosebit de rezistente la corectare. La copiii cu restanţe vizuale infim de mici (de tipul „percepe lumina“) se manifestă o serie de ticuri, care constau într-un „joc” cu acest rest de vedere, copilul provocându-şi senzaţii luminoase prin apăsări cu degetul pe globul ocular, prin mişcări rapide cu degetele sau cu obiectele luminoase înaintea ochilor, prin legănatul corpului în faţa geamului sau înaintea unei alte surse luminoase;
  - ***dificultăţi de coordonare în ritmul, amploarea şi coordonarea mişcărilor***, inclusiv a acelora de fineţe, în coordonarea bimanuală şi oculo-manuală şi tulburări ale echilibrului ortostatic şi ortokinetic; R. Hussen a evidenţiat faptul că, la nivel bulbar, influxurile auditive ale celui de-al VIII-lea nerv cranian pot avea o acţiune facilitatoare sau stimulativă asupra unor răspunsuri motrice (efectele meloterapiei sunt benefice în acest sens);
  - în unele afecţiuni oftalmologice, ***dereglarea oculomotricităţii*** şi fixaţia extrafoveală a imaginii vizuale;

- ***dificultăți în orientarea în spațiul mare și mic*** – determinate de motricitatea și de coordonarea perceptiv-motorie deficitare, de hipotonia musculară, de forța fizică redusă etc., care „conferă particularități orientării spațiale a deficienților vizual, în special a nevăzătorilor, adică modului de cunoaștere și actualizare a reprezentărilor corecte ale corpului în spațiu, ale poziției acestuia față de obiectele aflate în spațiu și ale raporturilor spațiale stato-dinamice dintre obiectele aflate în domeniul cu referință dimensională: lungime, apropiere, depărtare, lățime, înălțime, adâncime, volum, forme" (**P. Oléron** și alții, 1983, pag. 223). Dificultățile în orientarea spațială determină reprezentări insuficiente și slab eficiente ale parametrilor statici, constanți (poziții ale obiectelor, ale propriului corp și ale componentelor sale) și dinamici, variabili (direcție, amplitudine, viteză, forță, simultaneitate, consecutivitate, tempou etc.). Selecția și raportarea la astfel de parametrii este realizată de nevăzător prin procese compensatorii cu ajutorul celorlalte modalități senzorial-perceptive și al proceselor și funcțiilor superioare, antrenate și educate în acest sens;
- ***nivel redus al dezvoltării somatognoziei***, mai ales la nevăzătorii de vârstă mică: necunoașterea sau cunoașterea și identificarea / denumirea greșită a componentelor propriei scheme corporale și a aceleia a altei persoane („autotopagnozie" – **Gelder, M.** și colab., 1994), incapacitatea de a raporta obiectele la propria schemă corporală și folosirea ei ca reper în orientarea spațială și în învățarea și operarea cu noțiunile spațiale, apraxii, tulburări ale percepției spațiale, dismorfofobii (iluzii ale schemei corporale) etc.

Consecințe ale deficienței de vedere și particularități ale sferei senzorial - perceptive și ale reprezentărilor

Percepția joacă un rol important în activitate, prin funcția sa de semnalizare informațională și de reglare a activității comportamentale, informațiile perceptive servind la elaborarea reprezentărilor și ca bază pentru procesarea cognitivă, realizată pe baza operativității gândirii.

Vederea scăzută sau absența vederii marchează și particularizează evoluția și manifestarea proceselor senzorial-perceptive și a reprezentărilor, încă din stadiul senzorio-motor (0-2 ani), când se activează anumite reflexe sau conduite vizuale de genul urmăririi cu privirea a unui obiect în mișcare, a coordonării oculare etc., precum și procesul de structurare perceptivă din etapele următoare ale dezvoltării, când se modulează și se operaționalizează schemele perceptive complexe, precum și constantele perceptive.

La modul general, percepția, marcată de deficiența de vedere, are un registru funcțional mai restrâns, fapt care va determina evidente dificultăți în structurarea experienței de cunoaștere, informațiile furnizate de analizatorii valizi, lipsite de atributul vizualității, neputând asigura, la nivelul scoarței cerebrale, formarea unor imagini complete, bogate în detalii și corecte.

Activitatea perceptivă dominantă, în cazul ambliopiei, este specific vizuală, iar în cazul cecității este cea tactil-kinestezică și auditivă.

Percepţia vizuală şi cea tactil-kinestezică au anumite particularităţi şi roluri diferite, în funcţie de gradul deficienţei de vedere; astfel, ***în ambliopie, percepţia vizuală este funcţională în anumite grade, celelalte modalităţi senzorial-perceptive suplinind şi/sau susţinând compensatoriu vederea scăzută, care, însă, rămâne modalitatea dominantă, spre deosebire de cecitate, în care, lipsa vederii conferă tactil-kinesteziei rol de modalitate senzorial-perceptivă dominantă.***

La nivelul modalităţilor senzoriale şi perceptive apar o serie de modificări, care pot acţiona fie compensatoriu, dacă sunt educate şi antrenate adecvat, fie se pot constitui şi stabiliza ca procese deformate.

Percepţia vizuală, absentă la nevăzători, este, în cazul ambliopiei, procesul psihic cel mai afectat, dificultăţile perceptive fiind dependente de gradul şi gravitatea deficienţei vizuale şi implicit de indicii funcţionali ai vederii, dar şi de experienţa perceptivă structurată în copilăria mică, de particularităţile psihoindividuale, de contextul perceptiv şi de operativitatea gândirii.

Datorită modificării indicilor funcţionali ai vederii, pot apărea, ***atât cu referire la percepţia vizuală, în cazul ambliopilor, cât şi cu referire la percepţia tactil-kinestezică, în cazul nevăzătorilor, hiperestezii*** (coborârea pragului senzorial şi suprasensibilitate la excitanţi, în special la lumină, dacă există restanţe vizuale) sau ***iluzii, vizuale şi tactil-kinestezice***, precum şi interpretări greşite ale formelor şi proporţiilor obiectelor (***macropsii şi micropsii), metamorfopsii*** (perceperea greşită a locaţiei spaţiale a obiectelor), ***diamegalopsii*** (obiectele apar deformate, alungite, lăţite, răsucite), ***paropsii*** (perceperea obiectelor la o distanţă mai mare sau mai mică decât în realitate), ***poliopsii*** (perceperea mai multor obiecte în loc de unul singur), fenomene ***de recunoaştere falsă sau de nerecunoaştere*** (chiar şi a persoanelor cunoscute).

De asemenea, se poate institui ***o subdezvoltare funcţională a tactului şi kinesteziei***, care nu sunt susţinute şi controlate vizual, neproducându-se la majoritatea deficienţilor de vedere coordonarea vizuală şi tactil-kinestezică, pe de o parte, iar pe de altă parte, neintegrarea percepţiilor tactil-kinestezice în imaginea vizuală.

Imaginea perceptiv-vizuală este lipsită de precizie, fragmentară, lacunară, deformată, în funcţie de modificările pe care factorii etiologici, în special boala oftalmologică de fond, le produce.

„Percepţia vizuală, în desfăşurarea ei procesuală, e lipsită, în mare măsură, de caracterul instantaneu şi de automatizare, fiind necesare mai multe fixări ale privirii pentru receptarea informaţiilor, paralel cu eforturile de conştientizare şi de interpretare a imaginii" (**V. Preda**, 1988, pag. 82).

În percepţia vizuală, apar greşeli de recunoaştere a obiectelor, desenelor, persoanelor, ritmul explorării este lent datorită caracterului fragmentar şi haotic al acesteia şi datorită strategiilor exploratorii slab funcţionale, cu reveniri asupra unor puncte neesenţiale şi insuficient încărcate informaţional sau centrate pe detalii fără semnificaţie.

Fazele percepţiei nu sunt net delimitate, dificultăţi perceptive existând pe tot parcursul procesului perceptiv; astfel, ***impulsul declanşator şi reglajul anticipativ sunt diminuate şi deficitare,*** din cauza acuităţii vizuale scăzute, stimulul vizual extern neputând fi receptat şi, în consecinţă, nemaiavând rol de declanşare a actului perceptiv şi de reglaj anticipativ în sensul evitării unor potenţiale surse nocive; E. N. Sokolov

remarcă, în acest sens, că în orice act perceptiv normal intră ansambluri de reflexe orientative, defensive şi adaptative.

Tulburările oculomotricităţii influenţează reglarea binoculară, precum şi forţa reflexului de orientare, care nu mai poate stimula investigarea şi prin alte modalităţi senzorial-perceptive.

Reglajul anticipativ trebuie „învăţat", în cazul ambliopilor, spre a putea recepta stimulul extern, dar şi pentru a înţelege semnificaţia actului perceptiv şi spre a stimula concentrarea şi selectivitatea atenţiei.

Slaba organizare a activităţii exploratorii determină ***disfuncţionaltăţi ale procesului analitico-sintetic***, neputându-se realiza sinteza vizuală primară, prin activarea vederii foveale şi periferice de la nivelul retinei optice, mai ales în cazul stimulilor complecşi sau al unor contexte perceptive complicate, cu multe detalii, cu ambiguităţi şi posibilităţi interpretative diverse sau cu raportul obiect – fond slab diferenţiat.

Activitatea analitico-sintetică se desfăşoară lent, haotic, prin mişcări oculomotorii redundante, schemele perceptive şi exploratorii, precum şi capacitatea selectivă a reperelor semnificative cu maximă valoare informaţională fiind slab funcţionale. Logica explorării nu este consolidată sau se consolidează foarte greu, prin educaţie şi exersare, relevarea calităţilor reale şi esenţiale ale obiectelor se realizează cu dificultate, ca şi interpretarea şi verificarea mesajului senzorial.

Identificarea (operaţia de cunoaştere şi de raportare a semnalului obiectului la clasa de obiecte căreia îi aparţine) ***poate fi distorsionată*** (mai ales la vârstele mici), din cauză că unele detalii nu pot fi distinse, iar altele sunt percepute izolat; se produc astfel, confuzii de recunoaştere, unele fiind transferare şi asupra perceperii şi identificării literelor şi cifrelor în etapa scris-cititului; ***insuficienţa analizei se repercutează asupra sintezei şi vitezei de recunoaştere***, deoarece se produce acţiunea inductiv-negativă puternică a elementelor neesenţiale, mai uşor de perceput, asupra celor esenţiale, mai puţin vizibile, îngreunând discriminarea şi identificarea şi determinând implicit un randament scăzut în orice tip de sarcină, cu repercursiuni asupra calităţii percepţiei.

Sunt necesare mai multe fixări ale ochiului în receptarea informaţiei şi pentru interpretarea şi conştientizarea acesteia; de asemenea, apar dificultăţi în centrarea asupra obiectului şi în discriminarea acestuia de fond, percepţiile analitico-sintetice fiind deficitare, pierderea obiectului din câmpul perceptiv şi reluarea investigaţiei necesitând un efort mai mare. Datorită nedistingerii unor detalii sau perceperii lor în mod izolat, se produc unele confuzii în recunoaşterea obiectelor sau a imaginilor.

Recunoaşterea presupune o activitate complexă de analiză şi sinteză, în cadrul căreia percepţia senzorială se intercondiţionează cu actualizarea reprezentării, în care se manifestă deprinderile de observare şi capacitatea de memorare, în care participarea gândirii asigură înţelegerea, totul fiind reglat prin semnificaţia semnalizatoare a obiectului perceput, care orientează atenţia, producându-se fie o investigaţie minuţioasă şi o concentrare maximă a acesteia, prin conştientizarea actului perceptiv, fie o investigaţie superficială şi cu erori de identificare.

Imaginea generalizată, odată constituită, devine un factor al compensării vederii scăzute, rolul ei în recunoaştere fiind cu atât mai mare cu cât acuitatea vizuală este mai mică.

Indicaţia verbală orientează selectiv procesul recunoaşterii, iar generalizările noţionale fac trecerea continuă a percepţiei în gândire şi a gândirii în percepţie.

Imaginea generalizată, odată constituită, devine un factor al compensării vederii scăzute, rolul ei în recunoaştere fiind cu atât mai mare cu cât acuitatea vizuală este mai mică.

Indicaţia verbală orientează, selectiv, procesul recunoaşterii, iar generalizările noţionale fac trecerea continuă a percepţiei în gândire şi a gândirii în percepţie.

Interpretarea, ca fază finală a actului perceptiv, ***constă în sesizarea semnificaţiei semnalelor şi în transformarea informaţiei semantice în informaţie pragmatică,*** prin înţelegere şi prin confruntarea cu planul de desfăşurare a activităţii.

Datorită modului particular de desfăşurare a procesului perceptiv-vizual,în cazul deficienţilor de vedere, ***calităţile imaginii perceptive (obiectualitatea, integralitatea, structuralitatea, constanţa, selectivitatea) sunt, în funcţie de gradul de deteriorare al vederii, slab reliefate.***

De asemenea, procesul perceptiv-vizual este influenţat, în cele mai multe cazuri de deficienţă vizuală, de ***strategiile exploratorii defectuase, neeconomice şi slab eficiente.***

Prin activismul său, prin gradul de organizare şi durată, modul şi calitatea explorării vizuale influenţează stocarea senzorială a informaţiilor, memoria vizuală operativă şi de lungă durată, reprezentările şi procesarea informaţională superioară, fiind, la rându-i, condiţionate de acestea.

La ambliopi, activitatea perceptiv-vizuală e mai intensă, traseele oculomotorii conţin multe sacade de regresie sau de stagnare pe repere neesenţiale, se produc unele fenomene exploratorii specifice („fuga de obiect“, adică explorarea unei zone limitate a stimulului, ***„fixarea pe fragment“***, în funcţie de vederea fovealǎ sau periferică funcţională, ***completarea „prizei de informaţie“ insuficiente cu aspecte şi interpretări din experienţa personală, coordonări oculare deficitare etc.).***

Această insuficienţă funcţională a strategiilor exploratorii vizuale se reduce, progresiv, odată cu vârsta, în funcţie de optimizarea operativităţii mentale.

La nevăzători, lipsa văzului este compensată prin tactil-kinestezie şi prin ceilalţi analizatori valizi; prin tactil-kinestezie se realizează şi scris-cititul Braille, pe baza unor investigaţii dinamice şi discriminatorii de fineţe.

Percepţia tactil-kinestezică are o serie de caracteristici, dintre care cea mai importantă este desfăşurarea ei discontinuă, prin detaşări, salturi, reveniri, mişcări repetate, care facilitează cunoaşterea rapidă şi adecvată a obiectului sau imaginii tiflografice, prin palparea activă şi contactul nemijlocit cu acesta. Percepţia tactil-kinestezică stă la baza receptării formelor, mărimilor, texturilor, calităţii obiectelor, raporturilor spaţiale etc.; toate acestea se realizează prin „receptorii tactili de dimensiuni foarte mici, dar de o mare sensibilitate de la extremitatea degetelor mâinii şi prin musculatura fină a degetelor, controlată de cortex şi jucând rolul unei adevărate fovee tactile“ (**J. P. Roll**, 1987, pag. 486).

Ca şi în cazul percepţiei vizuale, procesele cognitive joacă rol important în percepţia tactil-kinestezică, între acestea formându-se un „complex funcţional-operaţional tactil-kinestezic, care permite prelucrarea şi integrarea superioară a informaţiilor obiectuale". (**M. Golu**, 1978, pag. 179).

Tactul este responsabil de calităţile substanţiale materiale ale obiectelor, iar kinestezia explorativă realizează modelul integral unitar, individual şi specific al obiectului perceput, adică imaginea tactil-kinestezică.

Schemele funcţional-motorii ale celor două mâini se specializează, mâna dreaptă având rol principal în explorare şi perceperea propriu-zisă a obiectului sau imaginii, iar mâna stângă are rol în fixarea, susţinerea şi controlul preciziei explorării. Degetele arătător şi mijlociu parcurg obiectul mai întâi global, apoi analitic, având rol în explorarea suprafeţelor şi texturii, degetul arătător şi degetul mare identifică colţurile şi contururile, fixează obiectul şi iniţiază explorarea tactilă.

Percepţia tactil-kinestezică se realizează după principiul cibernetic al „informaţiei relevante" cu maximă valoare pentru identificare, bazându-se pe elementele cele mai importante (colţuri, curburi, muchii, unghiuri etc.), precum şi pe baza relaţionării şi condiţionării interfuncţionale dintre sensibilitatea tactilă şi cea kinestezică, zonele specializate corticale realizând sinteza, procesarea şi interpretarea informaţiilor.

Strategiile exploratorii tactil-kinestezice ale nevăzătorilor structurate progresiv în ontogeneză se realizează prin mişcări specializate ale mâinilor, analoage cu mişcările ochilor (K. O. Tihomirov, 1969); aceste mişcări sunt, fie mişcări de căutare şi pregătire, care se desfăşoară rapid, amplu, având traiectorii divergente, pentru cuprinderea obiectului, fie mişcări de urmărire orientate, mai puţin ample, prin care se realizează comparaţia şi sinteza integrativă a imaginii tactile a obiectului.

Explorarea tactil-kinestezică implică unele mişcări repetate, prin care se realizează şi controlul informaţional tactil-kinestezic.

Analiza, discriminarea şi sinteza semnalelor tactil-kinestezice discontinue sunt elaborate printr-un sistem de asociaţii funcţionale şi de proiecţii corticale.

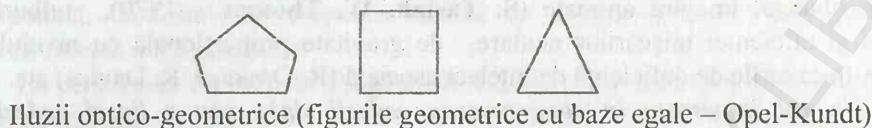
Atât în planul percepţiei vizuale, cât şi al celei tactil-kinestezice pot apărea o serie de deformări, numite, generic, ***iluzii optice / iluzii tactil-kinestezice*** (fig. 9).

Iluziile sunt percepţii false ale unor obiecte existente în realitate, care pot apărea şi în condiţii de normalitate, mai ales la copiii preşcolari, sub influenţa condiţiilor ambientale (întuneric), a redusei experienţe de cunoaştere şi de discernere a realului de imaginar sau sub influenţa emoţiilor.

O serie de autori au relevat faptul că ***majoritatea iluziilor optice pot fi evidenţiate şi în domeniul tactil-kinestezic*** (în procesul „citirii" imaginilor tiflografice), iluzii pe care W. Roth nu le consideră anomalii sau imperfecţiuni, ci particularităţi ale percepţiei spaţiale, indiferent de modalitatea senzorială, vizuală sau tactilă, prin care se realizează.

S-a demonstrat experimental că, în funcţie de viteza cu care se produc, mişcările exploratorii tactil-kinestezice pot genera fie subestimări (tactil-kinestezia activă), fie

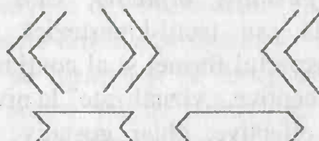
supraestimări ale obiectelor sau ale calităţilor acestora (explorarea tactil-kinestezică lentă), din cauza faptului că nevăzătorul este privat de controlul vizual.



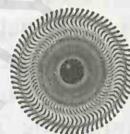
Iluzii optico-geometrice (figurile geometrice cu baze egale – Opel-Kundt)



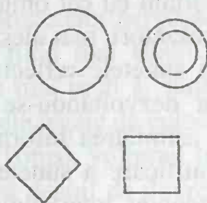
Iluzia unei figuri unice

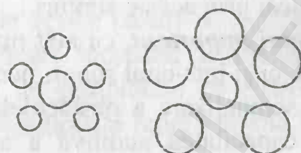


Iluziile Müller-Lyer



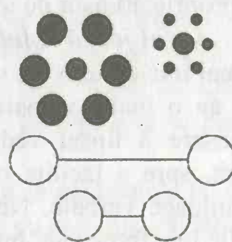
Iluzia mişcării cercurilor





Iluzia cercurilor contrastante





Iluzia romb – pătrat

Iluzia lui Sander

Iluzia halterelor

Fig. 9. **Iluzii optice**

Producerea iluziilor tactil-kinestezice depinde de experienţa individuală şi se conformează aceloraşi legităţi ale producerii iluziilor vizuale, cauzele lor fiind distorsiunile kinesteziei oculomotorii în percepţia vizuală şi, respectiv, ale kinesteziei manuale, în percepţia tactilă, precum şi analiza, sinteza şi discriminarea corticală deficitară.

Există şi o serie de ***particularităţi ale explorării vizuale şi în unele forme patologice*** (boli neurologice, leziuni de focar la nivelul scoarţei cerebrale, boli psihice, deficienţe mintale), ***care afectează şi componente ale analizatorului vizual***, ca, de exemplu: ***agnozia vizuală*** (incapacitatea de recunoaştere vizuală, fără ca organul văzului sau intelectul să fie afectate), care include în simptomatologie şi dereglări ale comportamentului oculomotor, mai ales ale oculomotricităţii voluntare (**A. R. Luria, L. A. Larbus**, 1960), ***agnoziile tactile*** (nerecunoaşterea obiectelor după calităţile spaţiale sau după structura materială, care, însă, sunt identificate separat), ***agnozia culorilor*** (recunoaşterea doar a culorii roşu şi negru), ***agnozia spaţială*** (nerecunoaşterea distanţelor dintre obiecte), ***alexia optico-agnozică*** (imposibilitatea citirii, însoţită de agnozia obiectelor şi a culorilor), ***agnozia de simultaneitate*** (tulburări ale oculomotricităţii care

fac imposibilă perceperea şi recunoaşterea obiectului în ansamblul unitar al componentelor şi calităţilor sale), ***sindromul Balint*** (paralizia psihică a privirii, fixarea pe obiect şi incapacitatea perceperii elementelor fondului perceptiv periferic), ***cecitatea psihică*** (imposibilitatea recunoaşterii obiectelor percepute vizual), în unele boli psihice, evitarea perceperii vizuale a figurilor / fizionomiilor umane şi preferinţa pentru poze cu animale, obiecte, imagini animate (**S. Tasiak, W. Thomas** – 1970), tulburări ale preciziei şi eficienţei mişcărilor oculare, de gravitate proporţională cu nivelul vârstei mentale, în cazurile de deficienţă de intelect asociată (R. Osaka, J. R. Davies) etc.

Un rol important în compensarea vederii slabe sau a lipsei vederii îl au analizatorii valizi (auditiv, gustativ, olfactiv), care completează, corectează sau controlează informaţia vizuală sau tactil-kinestezică, în multe cazuri, deformată, incompletă sau incorectă sub aspectul formei şi al conţinutului, prin informaţii specifice acestor modalităţi senzorial-perceptive, „vizualizate” la nivelul scoarţei cerebrale.

Informaţiile auditive, olfactive, chiar gustative contribuie şi la o mai bună diferenţiere a obiectului perceput vizual sau tactil-kinestezic, la discriminarea lui prin unele proprietăţi uşor de identificat prin aceste simţuri.

Auzul joacă rolul cel mai important, cu atât mai important cu cât omul trăieşte nu numai într-un univers vizual, ci şi într-unul sonor; pentru nevăzători, mai ales, stimulii sonori au o înaltă valoare de semnalizare a obstacolelor prin sunetele reflectate şi de compensare a lipsei vederii, capacitatea auditivă a acestora dezvoltându-se în mod deosebit, spre a facilita orientarea, locomoţia, dar, mai ales, asimilarea informaţională prin mijloace verbale. Nevăzătorii au mare capacitate de identificare a sunetelor după calităţile lor (frecvenţă, intensitate, timbru), dar şi a ritmului, cadenţei, intervalulului, fapt ce facilitează intuirea duratelor temporale.

Atât simţurile valide, cât şi cele afectate în grade diferite de deficienţa de vedere, sunt reglate, intercorelate şi controlate prin ***mecanismele nervoase superioare*** şi educate în sens compensator prin exersarea lor, prin experienţa perceptivă şi prin valoarea integratoare a limbajului.

Considerată de J. Piaget „imagine mintală” cu valoare de semiconcept potenţial, intrând în circuitul potenţial al gândirii, ***reprezentarea*** este un proces psihic situat între nivelul senzorial şi cel logic, fiind un tablou figurativ, cu caracter panoramic, cu un conţinut obiectual de tip perceptiv, dar mai sărac în detalii privind forma, culoarea, mărimea şi mai puţin stabil, intens şi clar, dar cu valoare mai mare de cunoaştere.

Dificultăţile activităţii perceptive şi insuficienţa sau incorectitudinea imaginilor vizuale obţinute determină, mai ales la vârstele mici, ***o serie de caracteristici în planul reprezentărilor***, care, ca imagini mintale conservate şi evocabile, se realizează nu numai datorită activităţii perceptive, ci şi prin activitatea cognitivă şi practică.

Cantitatea şi calitatea reprezentărilor vizuale depind nu numai de acuitatea vizuală şi de ceilalţi indici funcţionali ai vedrii, ci şi de experienţa vizuală a deficientului vizual, de dezvoltarea capacităţii sale de interpretare corectă a imaginilor optice; dar, cu toate imperfecţiunile lor, în măsura în care sunt conservate, reprezentările vizuale participă la procesul perceperii lumii reale, precum şi la structurarea şi la întregirea imaginii senzoriale prin dominanta psihică.

Reprezentările sunt, în general, dependente de integritatea analizatorilor, de natura şi gravitatea deficienţei de vedere, de momentul în care a apărut sau s-a agravat, de experienţa

perceptivă etc., la ambliopi fiind legate, mai ales, de componentele auditive, iar la nevăzători de cele tactil-kinestezice, dar având o funcţionalitate mai redusă în identificarea/recunoaşterea obiectelor, a imaginilor, a persoanelor, a caracterelor grafice etc.

Structurarea reprezentărilor, ca imagini generalizate, prin educaţie vizual – perceptivă, prin explorare organizată, prin desprinderea punctelor cu maximă valoare informaţională, contribuie la creşterea rolului lor compensator în cunoaştere şi în asimilarea corectă a informaţiilor.

La persoanele cu cecitate congenitală sau la cele la care orbirea a survenit până la vârsta de trei ani, reprezentările vizuale nu se păstrează, imaginile mintale fiind legate, prioritar, de componentele auditive şi tactil-kinestezice; în cazul dobândirii cecităţii după această vârstă, la care o mare parte dintre reprezentările vizuale s-au format, precum şi în cazul ambliopiei accentuate, se menţin şi se funcţionalizează „urme" ale imaginilor mentale conservate, destul de puţine, fragile şi instabile, dar, care, dacă sunt stimulate, reactualizate, completate, corelate cu întreg sistemul de reprezentări din toate modalităţile senzoriale şi cu sistemul integrator verbal, susţin cunoaşterea şi mai ales înţelegerea.

Reprezentările vizuale, în aceste cazuri de deficienţă, se „şterg" treptat, datorită inerţiei proceselor nervoase superioare, începând cu cele mai recente, cele mai de mult timp formate fiind mai stabilizate şi cu posibilitate de conservare mai mare; de obicei, se conservă mai mult şi sunt mai funcţionale reprezentările legate de formă şi se pierd mai repede cele legate de culoare.

Totuşi, volumul fondului de reprezentări şi calitatea lor la persoanele cu cecitate dobândită destul de devreme după vârsta de 3 ani, comparativ cu cele ale văzătorilor de aceeaşi vârstă, sunt inferioare, mai ales, pentru faptul că s-au format pe baza unor componente şi caracteristici disparate ale obiectelor; unele cercetări au confirmat sărăcia, incompletitudinea şi incorectitudinea reprezentărilor în astfel de cazuri.

Reprezentările în cazul ambliopilor, în funcţie de gravitatea deficienţei de vedere şi de calitatea restanţelor vizuale funcţionale, au o serie de particularităţi:

- fondul de reprezentări este mai sărac, deoarece ele s-au structurat pe baza unei experienţe cognitive şi practice mai restrânse;
- unele reprezentări sunt incorecte, incomplete, parţiale, lipsite de mobilitate, deformate sub aspectul mărimii, formei, culorii, detaliilor, raporturilor spaţiale etc., mai ales din cauza explorării vizuale parcelare şi a strategiilor exploratorii mai puţin centrate pe elemente cu maximă valoare informaţională, pe detalii semnificative şi pe ierarhizarea calităţilor obiectuale în funcţie de caracterul lor mai mult sau mai puţin esenţial; deformarea unora şi denaturarea unor dimensiuni, a raporturilor esenţiale dintre obiecte şi fenomene şi dintre părţile lor se datorează asocierii cu elemente afective sau cu aspecte legate de experienţa utilitar-practică sau de observaţia empirică, neraţionalizată;
- reprezentările vizuale se află într-un raport fragil şi slab funcţional cu obiectul sau suportul intuitiv şi cu noţiunea corespunzătoare, al cărui sens nu este înţeles, în consecinţă ele fiind destul de puţin eficiente în activitatea cognitivă şi practică;

- reprezentările auditive şi cele tactil-kinestezice sunt predominante, chiar la deficienţii cu restanţe destul de mari de vedere, fapt care, în timp, poate conduce la pierderea dominanţei vizuale.

Trebuie remarcat faptul că nu există o corelaţie semnificativă între gravitatea deficienţei, acuitatea vizuală şi cantitatea şi calitatea reprezentărilor, fiind evident rolul experienţei perceptive a acţiunii cu obiectele şi a limbajului în structurarea reprezentărilor; remarcând că originea reprezentărilor se află în activităţile exploratorii, dominant vizuale la ambliopi şi dominant tactil-kinestezice la nevăzători, J. J. Gibson şi E. J. Gibson relevă rolul mecanismelor de relaţionare intermodale („cross.modal transfer") în consolidarea acestora.

Reprezentările tactil-kinestezice ale nevăzătorilor se formează pe baza explorărilor tactile şi a imaginilor tiflografice specifice.

Unii autori susţin că la nevăzători nu se pot forma reprezentări spaţiale şi nici noţiuni care fac referire la dimensiuni spaţiale, deoarece lipseşte componenta vizuală, spre deosebire de P.Henry, care consideră că cecitatea nu impietează asupra formării reprezentării adecvate a universului spaţial, aceasta fiind, însă, după P. Villey, o „viziune tactilă", deşi, la nevăzători, formarea şi dezvoltarea reprezentărilor spaţiale se realizează pe baza explorării tactil-kinestezice a obiectelor şi a relaţiilor dintre ele.

Nevăzătorii, chiar dacă nu au reprezentări vizuale, percep spaţiul şi au noţiunea de spaţiu, dovadă fiind faptul că ei se orientează în spaţiu, recunosc obiectele pe baza însuşirilor lor spaţiale, percep şi înţeleg relaţiile spaţiale, pot învăţa obiecte ca geometria sau geografia.

Dificultăţile produse de deficienţa vizuală fac, uneori, ca elevii nevăzători să aibă şi unele reprezentări spaţiale greşite despre mărimile, distanţele sau formele unor obiecte mai greu de cuprins prin palpare, acestea neputând servi procesului compensării.

Volumul, forţa, cantitatea şi calitatea reprezentărilor sunt decalate faţă de cunoştinţele verbale, fapt observat în recunoaşterea unor obiecte sau fenomene şi în capacitatea redusă de actualizare a unor caracteristici definitorii, ca şi în prezenţa unor tulburări ale reprezentărilor (pete de lumină, umbre, sinestezii, adică reprezentări excesiv de vii, ca de exemplu „audiţia colorată").

O atenţie cu totul specială trebuie acordată formării reprezentărilor ideomotorii (reprezentarea mişcărilor), mai ales la elevii nevăzători, deoarece acest tip de reprezentări prezintă o mare valoare formativă, pentru însuşirea şi efectuarea varietăţii mişcărilor implicate în orice activitate cotidiană, practică, grafică etc.

De asemenea, reprezentările ideomotorii, integrate în experienţa personală, contribuie la formarea şi însuşirea deprinderilor şi a cunoştinţelor motrice, precum şi la cunoaşterea şi însuşirea, prin imitaţie şi explicaţii verbale, a experienţei motrice a celor din jur şi la structurarea, consolidarea şi îmbogăţirea experienţei motrice personale, prin executarea corectă şi cu un consum minim de energie a celor mai diverse şi utile mişcări, orele de sport şi de educaţie psihomotrică jucând un rol important în acest sens.

Unii autori susţin, de asemenea, că, la nevăzători, nu se pot forma reprezentări ale culorilor, ale nuanţelor cromatice şi ale luminozităţii, acestea fiind, în fapt, „reprezentări substitutive" (M. Ştefan), formate prin asocierea culorii cu obiectul colorat sau prin explorări polisenzoriale.

Aşa cum oculomotricitatea şi motricitatea mâinii la văzători şi la ambliopi contribuie la explorarea spaţială, tot aşa tactil-kinestezia la nevăzători permite organizarea spaţio-temporală a elementelor, care este decodificată în reprezentări şi scheme imagistice spaţiale care evoluează odată cu vârsta, cu experienţa perceptivă şi cognitivă şi cu dezvoltarea intelectuală şi, mai ales, odată cu formarea deprinderilor de explorare a imaginilor tiflografice.

I. Terzi, respingând ideea „exclusivităţii monosenzoriale", relevă rolul învăţării prin exerciţii a „geometriei motrice", a „spaţiului topologic", a „spaţiului metric" şi a „spaţiului proiectiv sau reprezentativ", pe baza lor putându-se forma şi la nevăzători reprezentări şi noţiuni spaţiale.

Prin natura lor, imaginile tiflografice, care permit nu numai explorarea conturului pe baza căruia se intuieşte extensia spaţială şi obiectul în integralitatea lui, permit şi explorarea reliefului, adică a celei de-a treia dimensiuni; de aceea, imaginile tiflografice trebuie să constituie, mai ales la vârstele mici, material didactic indispensabil, cu rol major în învăţare, care sprijină procesul de generalizare, bazat pe elementele specifice desenului, ca reprezentare grafică bidimensională a unor raporturi tridimensionale.

De asemenea, mai ales în cecitatea tardivă, reprezentările vizuale din experienţa personală sunt transferate şi valorificate în modalitatea tactil-kinestezică.

Rezultatele unei cercetări personale (**Rozorea, Anca**, 1997, pp. 22-29) au evidenţiat o serie de concluzii interesante, referitoare la reprezentări şi la rolul lor, în cazul deficienţilor de vedere:

- reprezentările joacă un important rol compensator la deficienţii de vedere, prioritar în actul recunoaşterii, la ambliopi, cu atât mai important cu cât acuitatea vizuală este mai scăzută, iar la nevăzători în susţinerea demersurilor cognitive şi practice, bazate îndeosebi pe tactil-kinestezie;
- la ambliopii cu restanţe mici de vedere funcţională sunt activate în mod natural reprezentările vizuale conservate, în timp ce, la cei cu cecitate dobândită până la 3 ani, se produce un proces de restructurare şi nu de constituire a schemei reprezentării, iar la nevăzătorii cu cecitate congenitală, structurarea schemei neurodinamice de formare a reprezentării se realizează fără aferentaţie vizuală, direct în modalitatea tactil-kinestezică, în relaţie cu schemele celorlalţi analizatori valizi;
- cele mai multe reprezentări sunt intermodale, dar la ambliopi, prin stimulare, se păstrează dominantele de tip vizual, informaţiile pe baza cărora se formează reprezentările din celelalte modalităţi perceptive fiind transferate în direcţia vizuală;
- în cecitatea congenitală şi dobândită înainte de vîrsta de 3 ani nu sunt conservate reprezentări vizuale, fiind dominante cele tactil-kinestezice şi auditiv-motorii;
- formarea şi mai ales operaţionalizarea reprezentărilor se realizează mai rapid şi mai eficient la ambliopii şi nevăzătorii cu nivel intelectual normal şi cu notă verbală ridicată, deoarece, în reprezentarea imagistică, aspectele figurative se subordonează în mod constant faţă de aspectele operative ale gândirii, prin mijlocirea cuvântului;

- reprezentările obiectelor concrete, familiare şi utilizate în experienţa cognitivă şi practică, se formează mai uşor şi sunt mai bogate în conţinut şi mai stabile faţă de cele echivalente noţiunilor abstracte şi mai puţin cunoscute;
- procesul de formare şi consolidare a reprezentărilor este facilitat de atenţie şi de memorie, în particular de memoria senzorială.

Consecinţele deficienţei de vedere asupra proceselor superioare de cunoaştere

În contextul deficienţei vizuale, procesele psihice superioare, care constituie treapta logică de cunoaştere, se remarcă prin unele particularităţi, prin rolul de prelucrare specifică a informaţiilor, dar, mai ales, prin rolul lor de compensare a vederii slabe sau a lipsei vederii.

Deficienţa de vedere, dacă nu este asociată cu deficienţa de intelect sau cu un retard psihic general, nu afectează în mod direct procesele superioare de cunoaştere, mai ales dacă ele sunt stimulate şi exersate prin activităţi cognitive corespunzătoare vârstei.

Nu s-au putut demonstra, statistic, unele ipoteze privind existenţa unui nivel intelectual inferior al deficientului de vedere faţă de copilul normal cu aceeaşi vârstă cronologică.

La modul general, rezultatele unor cercetări personale au evidenţiat ***un nivel de dezvoltare intelectuală mediu sau submediu la cea mai mare parte a copiilor şi tinerilor de vârstă şcolară, atât ambliopi, cât şi nevăzători*** (determinate pe baza unor probe standardizate de diagnosticare a inteligenţei generale, verbale şi nonverbale).

„Inteligenţa globală", reperată prin teste aplicate deficienţilor vizual şi văzătorilor de aceeaşi vârstă, ***comportă diferenţe neesenţiale, care devin, însă, evidente cu referire la operativitatea gândirii copilului ambliop, care capătă note particulare: de la înţelegerea verbală deficitară la raţionamente şi judecăţi surprinzătoare prin simplitatea lor, de la lentoare ideatică la incoerenţa şi incorectitudinea inferenţelor logice.***

De asemenea, s-a relevat şi faptul că există diferenţe evidente între deficienţii de vedere şi văzătorii cu aceeaşi vârstă cronologică, cu referire la volumul (mult mai redus) al cunoştinţelor generale şi şcolare, solicitate în unele probe diagnostice ale nivelului intelectual.

După cum s-a menţionat deja, procesele neurofiziologice corticale, restructurate în dinamica şi relaţionarea lor interfuncţională, se desfăşoară în condiţiile blocării transmiterii impulsurilor retiniene, în cazul cecităţii, sau a transmiterii unor informaţii vizuale incomplete, segmentare, incorecte, în cazul ambliopiei, centrii corticali care le procesează realizând sinteza lor superioară, dar imprimând şi note caracteristice fiecărui proces psihic (gândire, memorie, imaginaţie) şi relaţiei dintre ele.

Gândirea, ca proces psihic central de reflectare generalizată a realităţii, este condiţionată de experienţa senzorial-perceptivă şi de activitatea practică, precum şi de modul în care limbajul, prin integratorii verbali, asigură operativitatea gândirii şi generalizarea informaţională.

Informațiile senzorial-perceptive, obținute și prelucrate pe baza analizatorilor valizi și a celor care joacă rol de compensare intermodală, stau nu numai la baza formării reprezentărilor, ci și a activității cognitive.

Gândirea, mai ales la vârstele mici, are un pronunțat caracter intuitiv-concret, iar raționamentele sunt mai ales inductive.

Noțiunile, judecățile, raționamentele pot fi corecte sub raportul generalizărilor verbale, dar formale în ceea ce privește conținutul semantic; raționamentul logic al nevăzătorului prezintă un decalaj calitativ față de cel al văzătorului de aceeași vârstă.

Unii nevăzători pot opera corect cu noțiunile concrete despre obiecte și fenomene, pot opera, între anumite limite, generalizări și abstractizări la nivel superior, dar nu pot exprima și descrie conținutul acestora, pe care nu îl înțeleg sau îl prezintă în mod formal, greșit sau cu lacune, relația dintre intuitiv-concret și abstract fiind dereglată sau inexistentă.

Y. Hatwell (1966) și **D. Mellier** (1994) au relevat, prin rezultatele unor cercetări pe baza probelor de inspirație piagetiană, că dezvoltarea operatorie a inteligenței la copiii nevăzători congenital, cu vârsta de 8-9 ani, corespunde stadiului preoperatoriu pentru domeniul spațial, stadiului operatoriu pentru operația de clasificare și stadiului operatoriu concret pentru serierile verbale; explicațiile unor autori (F. Longeot, M. Nassefat, J. Lautrey, J. Bideaud, S. Houdeau, L. Rieben), pe baza teoriilor neopiagetiene și cognitive, confirmă, și cu refere la operativitatea gândirii, fenomenul heterocroniei (decalajele orizontale, între operațiile gândirii și verticale, privind nivelul de dezvoltare al fiecărei operații).

La nevăzători, se dezvoltă și, în timp, se educă în sens compensator și „inteligența kinestezică", o formă performanțială a gândirii, care, după autorul „teoriei inteligențelor multiple", Howard Gardner, reprezintă capacitatea de a utiliza corpul cu precizie, coordonând mișcările foarte bine și, în același timp, putând să înțeleagă rapid toate nuanțele unei mișcări.

Noi remarcăm și faptul că, mai ales în cazul deficienților de vedere cu afecțiuni congenitale, există predispoziții de structurare a „inteligenței emoționale" (H. Gardner), o altă formă de inteligență care are trei componente: cunoașterea propriilor emoții, „gestionarea" acestora și înțelegerea și luarea în considerare a emoțiilor celorlalți; cel mai dificil este procesul de învățare a utilizării în mod constructiv a propriilor emoții, în vederea atingerii unui anumit scop.

În acest proces, este esențială înțelegerea faptului că orice emoție are atât o latură pozitivă, cât și una negativă.

Dacă latura negativă a emoțiilor poate produce tensiune intrapsihică și tensionarea relațiilor cu ceilalți, latura pozitivă are funcție auto-protectoare pentru individ, precum și rolul de a mobiliza la acțiune.

Așa se explică faptul că deficienții de vedere, îndeosebi cei care au un nivel de inteligență cel puțin mediu, așa cum a reieșit dintr-o cercetare personală, își autocenzurează emoțiile negative produse de conștientizarea propriei deficiențe, a gravității și persistenței ei, uneori, pe tot parcursul vieții, reușind „împăcarea"cu sine și cu Dumnezeu și gestionându-și stările emoționale negative, care, pe termen scurt și lung, ar avea efecte destructurante.

După ce se realizează acest echilibru emoţional, de altfel, destul de fragil,se poate vorbi de înţelegerea şi luarea în considerare a emoţiilor celor din jur, cu atât mai mult cu cât, deficienţii de vedere sunt „avizi"de afecţiune şi comunicare, dar, în funcţie de gravitatea deficienţei, nu pot percepe şi transmite întotdeauna toate stările sufleteşti.

Un aspect interesant, reieşit din cercetarea personală invocată, constă în faptul că, spre deosebire de alte forme de inteligenţă, mai ales cea logică, aşa cum a reieşit şi din teoria psihogenetică (J. Piaget), suferă modificări nesemnificative după sfârşitul adolescenţei, inteligenţa emoţională se poate dezvolta de-a lungul timpului, fără limită de vârstă, mai ales dacă este susţinută de o motivaţie adecvată şi de atitudini optimiste.

La ambliopi, apar unele modificări legate de fluxul, direcţia şi consistenţa gândirii, precum şi de modul mai puţin coerent de comunicare a ideilor, deşi investigaţiile diagnostice şi cercetările imageriei cerebrale nu au relevat în mod cert o mobilitate mai redusă a proceselor intelectuale.

Schemele mentale, formate în fiecare stadiu determinat de J. Piaget în dezvoltarea inteligenţei, coordonate şi operaţionalizate cu mai multă dificultate, impietează asupra operativităţii gândirii, mai ales asupra unor operaţii mai dificile şi mai îndepărtate de suportul intuitiv-concret ca generalizarea, abstractizarea, conceptualizarea, clasificarea etc., în timp ce altele ca analiza, sinteza, comparaţia, serierea, chiar analogia, se dovedesc mult mai operante, dar incomplete sub raportul procesării unor caracteristici (culoarea, umbra, lumina); din cauza limitării sau absenţei aferentaţiei vizuale, prin lipsa stimulărilor optice şi în consecinţă, datorită restrângerii informaţiilor senzorial-perceptive, se poate produce un decalaj între latura concretă şi cea abstractă a cunoaşterii, mai ales în cazul deficienţei vizuale congenitale.

Rezultatele unei cercetări recente au confirmat, la preadolescenţii ambliopi, o capacitate redusă de înţelegere logică şi de procesare mentală rapidă pe baza informaţiilor perceptive, o capacitate redusă de discriminare logică, de operare cu noţiuni temporale şi spaţiale specifice, un spirit de observaţie puţin exersat, o analiză comparativă slab operantă, dar şi o capacitate imaginativă redusă, ca bază pentru operarea pe plan mental; în ansamblul ei, operativitatea gândirii logice este sub nivelul normal al vârstei, mai ales în extragerea semnificaţiei corecte în contextul unor sarcini complexe care presupun restructurarea şi transferul informaţiilor engramate doar prin memorie mecanică.

De asemenea, s-a remarcat faptul că, în general, nivelul QI - lui verbal, deşi mediu, este semnificativ mai ridicat, decât nivelul QI, dovadă a faptului că limbajul verbal constituie mijlocul cel mai important pentru compensarea vederii slabe, fiind astfel mai intens exersat; cercetarea a confirmat o sărăcie a vocabularului activ , o înţelegere deficitară a logicii conţinută în textui scris, dificultăţi în exprimarea unei acţiuni prin verbe corespunzătoare, o capacitate redusă de esenţializare, răspunsuri schematice, fără predicaţie, un nivel mai bun al înţelegerii logice a textului atunci când el este prezentat oral, dificultăţi în identificarea subiectului acţiunii, cât şi a unor detalii ale acesteia (locul, timpul, ordinea logică şi cronologică a evenimentelor, identificarea unor elemente absurde, a unora exprimate indirect în text, absenţa unor personaje/detalii ale acţiunii, dar care sunt invocate în text, relaţia dintre obiectul concret şi noţiune etc.), toate acestea relevând nivelul redus al înţelegerii logice şi al operativitatii gândirii în cazul unor sarcini care implică relaţionarea cauzală, consecinţa logică, înţelegerea contextuală, inferenţa pe baza echivalenţei logice, deducerea concluziei din premise adevărate sau parţial false,

justificarea logică pe baza unei comparaţii indirecte şi neexprimate, identificarea alternativei logice din context şi justificarea răspunsului etc.

A reieşit faptul că dificultăţile în sfera sintezei perceptive impietează, în cele mai multe cazuri, asupra operaţiei de înţelegere logică a textului scris.

Forma şi gravitatea deficienţei vizuale determină variabilitatea nivelului intensităţii dificultăţilor în operativitatea gândirii, dar ambliopia şi cecitatea nu duc la diminuarea dezvoltării, „inteligenţei globale", ci doar imprimă anumite particularităţi şi fenomene heterocronice; J.Hatwell relevă, în acest sens, că ***potenţialul cognitiv nu este compromis de cecitate şi cu atât mai puţin de ambliopie***; în condiţiile cecităţii, uneori cu resturi de vedere, caracterul sărac, incomplet şi eronat al percepţiilor se accentuează şi, prin aceasta, schemele perceptive nu contribuie, nemijlocit, la declanşarea reprezentărilor şi la actualizarea imaginilor complexe, determinând un randament mintal scăzut datorită unei dificile actualizări a imaginii, ceea ce duce la întârzieri în planul gândirii şi al achiziţiei operaţiilor instrumentale (**M. Ştefan**, 1999).

Concluziile noastre relevă, în limitele unei semnificaţii statistice destul de mari şi a unei probabilităţi de eroare rezonabile, ***un nivel intelectual superior la copiii nevăzători faţă de cei ambliopi***, în cazul în care operativitatea gândirii este susţinută printr-o bună cunoaştere şi operare în sistemul Braille şi prin utilizarea imaginilor tiflografice şi a diagramelor tactile, precum şi printr-o dezvoltare normală a limbajului; o posibilă explicaţie a acestei superiorităţi ar fi legată de lipsa interferenţei (interepretate ca transfer negativ, destructurant), în procesarea mentală, dintre schemele vizuale, parţial activate sau inactive, şi celelalte scheme mentale corespondente celorlalţi analizatori valizi.

Nu s-a putut demonstra, statistic, ipoteza privind posibila corelaţie între nivelul subdezvoltării intelectuale şi gravitatea deficienţei de vedere, prin analiza comparativă cu copilul normal cu aceeaşi vârstă cronologică; dacă totuşi există diferenţe, acestea nu sunt unilateral determinate de deficienţa vizuală, ci, mai ales de unele deficienţe asociate (forme ale deficienţei de intelect, surditate etc.), de substimularea senzorial-cognitivă, de deficitul de instrucţie, de unele boli neuro-endocrine sau de unele boli psihice (crize comiţiale, de exemplu).

În general, deficienţa vizuală nu stagnează dezvoltarea gândirii, retardul intelectual al ambliopului sau nevăzătorului, când apare, fiind de altă natură decât în debilitatea mintală (fără fenomenele clasice de heterocronie, vâscozitate genetică etc.).

În aceeaşi ordine de idei, remarcăm, în unele cazuri izolate de deficienţi de vedere, o serie de manifestări ce se înscriu în sfera anormalităţii, gândirea căpătând aspecte caracteristice precum: fuga de idei („flight of ideas"), constând în schimbări rapide de subiect, dar inteligibile şi cu legături normale, perseverarea (repetarea persistentă şi inadecvată a aceluiaşi răspuns de la prima întrebare ce le este adresată), slăbirea asociaţiilor („loosening of associations") mai frecventă, desemnând o pierdere a structurii normale a gândirii, tradusă printr-o exprimare încâlcită ce nu poate fi lămurită nici prin întrebări şi informaţii suplimentare.

Remarcăm, de asemenea, faptul că nivelul inteligenţei verbale, mai ales în cazul nevăzătorilor, are valori ridicate, limbajul fiind pentru aceştia nu numai un mijloc principal de comunicare şi cunoaştere, ci şi un instrument important al gândirii, cu rol compensator şi de actualizare a potenţialităţilor cognitive.

„Parcurgând stadiile dezvoltării intelectuale în limite temporale cvasi asemănătoare cu ale normalului, deficientul de vedere prezintă un uşor decalaj în stadiul piagetian al inteligenţei senzorio-motorii, în care vederea şi oculomotricitatea joacă un rol important în explorarea spaţiului apropiat al propriului corp şi în „asimilarea realului", lipsa lor sau insuficienta exercitare a funcţiei vizuale, într-un climat stimulativ senzorial şi echilibrant afectiv, determinând activarea unor scheme operative noi şi o nouă relaţionare interfuncţională între analizatori şi între centrii corticali" (**Rozorea, Anca**, 2003, pag. 196).

Prin aplicarea testelor de inteligenţă, o serie de autori au relevat aspecte particulare ale operaţiilor gândirii prin care este procesată informaţia conţinută în itemii probelor, dintre care menţionăm: un QI verbal mediu, comparabil cu al normalului văzător, diferenţe mici ale QI-ului la nevăzători faţă de văzători, performanţe asemănătoare între aceştia la probele aritmetice şi de vocabular, dar mai scăzute la probele de înţelegere şi asemănare, rezultate mai scăzute ale ambliopilor faţă de nevăzători la scalele verbale, performanţe mai ridicate în memorarea cifrelor şi mai scăzute la scalele privind comprehensiunea logică etc.

Spre a se reduce cât mai mult eventualele decalaje ale dezvoltării intelectuale ale deficientului de vedere faţă de reperele normale ale vârstei, este necesară aplicarea unor programe de stimulare senzorial-cognitivă timpurie şi de îmbogăţire intelectuală.

Cu referire la ***memoria*** deficientului vizual, în literatura de specialitate există puncte de vedere diferite, fie în sensul supraestimării dezvoltării şi rolului ei, argumentată de M. Ştefan prin faptul că este antrenată în activităţi diverse (memorarea topografiei locului, a itinerariului, a reperelor tactile şi auditive constante necesare orientării şi chiar a numărului de paşi până la un anumit reper, acumularea experienţei cognitive şi practic-acţionale etc.), fie în sensul subestimării dezvoltării capacităţii de memorare şi reproducere (V. A. Lonina, B. Dalferth, V. Preda), fapt explicat prin insuficienţa perceptivă şi exploratorie şi prin lipsa de organizare a datelor într-o structură definită (**V. Preda**, 1988).

Memoria (voluntară, intenţională), mai ales în cazul nevăzătorilor, nu este net superioară faţă de cea a văzătorilor şi nu este o memorie „specifică", ci este un proces psihic mai bine antrenat spre a servi unor scopuri adaptative, deoarece, receptarea mesajelor cu caracter polisenzorial (vibratil, tactil, termic, auditiv) şi a acelora logico-verbale, le semnalează repere sau obstacole pe care le-au memorat sau pe care trebuie să le memoreze, pentru a se a orienta în spaţiu şi pentru a-şi desfăşura viaţa şi activitatea mai uşor, în situaţii similare.

R.S.Ruba remarcă, în acest sens, faptul că nevăzătorii, „cu un simţ milimetric al detaliilor, asimilează realitatea contingentă, pliindu-se şi depliindu-se în funcţie de mişcările şi reliefurile acesteia", reuşind să-şi gestioneze „modesta libertate personală" (**V. Preda**, coord., 2009, pag. 9).

M.Ştefan relevă o tendinţă generală supramedie a volumului, trăiniciei şi fidelităţii memoriei deficienţilor de vedere, indiferent de vârstă.

După unii autori (**M. Ştefan**), sistematizarea şi organizarea memoriei la nevăzători se realizează în bune condiţii şi nu sunt rare cazurile de nevăzători cu memorie

performanţială, aceasta fiind susţinută de spiritul de observaţie activ, de limbajul bine structurat şi de o atenţie postvoluntară bine educată.

În urma unor cercetări personale, s-a constatat, la nevăzători, un volum mai mare al memoriei decât la văzătorii cu aceeaşi vârstă, dar calităţile acesteia, îndeosebi fidelitatea reproducerii, sunt mai puţin evidente, manifestându-se prin reproduceri incomplete sau deformate, prin informaţii necorelate, prin erori, adăugiri de elemente din experienţa anterioară sau obţinute prin transfer necritic al unor informaţii selectate şi memorate „din auzite", conform unor criterii utilitare sau afective etc.

Nevăzătorii obţin, la testele asociativ-verbale, rezultate egale cu ale văzătorilor, mai ales la memorarea şi reproducerea unor asociaţii întâmplătoare sau a unor serii de numere.

P. Villey remarca la nevăzători dezvoltarea unei forme speciale de memorie, numită ***„memoria musculară" (tactil-kinestezică, motorie)***; se constată unele diferenţe între funcţionalitatea memoriei motorii a văzătorilor şi aceea a nevăzătorilor, la aceştia având o importanţă deosebită în orientarea spaţială, dar nefiind atât de nuanţată din cauza dificultăţilor existente în formarea reprezentărilor spaţiale şi ale mişcărilor.

La ambliopi, dificultăţile de concentrare a atenţiei operative şi de focalizare selectivă pe indicii esenţiali şi cu mare valoare informaţională determină o engramare mnezică defectuoasă, mai ales a informaţiilor cu grad mare de generalitate/abstractizare şi cu semnificaţii neînţelese sau greşit înţelese.

Rezultatele unor cercetări personale ne-au condus spre concluzia că ***la ambliopii cu nivel mediu intelectual (de vârstă şcolară) este dezvoltată memoria verbal-auditivă, mecanică, schemele mnezice logice fiind mai puţin operante;*** la aceştia, sunt ***funcţionale, în diferite grade, toate cele trei depozite mnezice : depozitele senzoriale***, limitate, care primesc informaţii de la organele de simţ şi le reţin pentru o perioadă scurtă (0,5 sec.) pentru a putea fi iniţiată procesarea, ***memoria primară*** (de scurtă durată), care are o capacitate limitată (15-20 sec.), atât pentru informaţii verbale (procesate de emisfera stângă), cât şi pentru informaţii vizuale (procesate de emisfera dreaptă) şi ***memoria secundară*** (memoria de lungă durată), care primeşte informaţiile ce au fost selectate pentru o stocare mai îndelungată, ele fiind procesate şi depozitate potrivit anumitor caracteristici, precum înţelesul, sonoritatea cuvintelor, conţinutul (memoria evenimentelor sau episodică şi memoria semantică, pentru limbaj şi cunoaştere, aceasta fiind cea mai deficitară la ambliop.

La unii deficienţi de vedere se remarcă lipsa dirijării voluntare şi conştiente a memorării, tulburarea de diferite grade a capacităţii de fixare mnezică, hipomnezii cu caracter afectogen, paramnezii (false recunoaşteri), amnezii de fixare, de evocare, de integrare sau lacunare, după cum la alţii (şi în special la nevăzători) există o accentuare a caracterului voluntar, intenţional, al memorării, care se răsfrânge pozitiv asupra procesului de învăţare.

Memoria vizuală operaţională vizează memorarea informaţiilor tranzitorii, legate de realizarea sarcinii în curs de desfăşurare, fiind influenţată, ca şi memoria de lungă durată, de gradul de organizare, de durata şi de activismul explorării vizuale, mai ales în cazul unor sarcini complexe de învăţare. Particularităţile imaginii perceptive şi caracteristicile reprezentărilor vizuale influenţează negativ volumul memoriei operative şi fidelitatea ei.

De asemenea, rezultatele unor cercetări personale au relevat ***un nivel submediu al calităţilor memoriei, mai ales a celei logice, de lungă durată, iar la nevăzători o „educare" conştientă şi voluntară a memoriei***, spre a servi la asimilarea informaţiilor necesare în orientare şi în activitatea practică cotidiană; nevăzătorii folosesc repere mnemotehnice şi îşi educă în mod deosebit memoria auditivă şi cea tactil-kinestezică, confirmând unele cercetări referitoare la activitatea mnezică cu scop adaptativ.

S-au relevat, de asemenea, un nivel mediu şi o eficienţă scăzută a memoriei de lucru, care corelează cu un nivel submediu al concentrării atenţiei, cu o capacitate redusă a autocontrolului implicat în revizuirea / corectarea modului de rezolvare a sarcinii şi cu un nivel submediu al fidelităţii reproducerii mnezice.

Noi considerăm că prin activităţi cognitive diverse pot fi exersate şi schemele mnezice logice şi se poate exersa şi caracterul intenţional al memorării, acestea contribuind, la rândul lor, la optimizarea activităţii şi, mai ales, a învăţării.

Studiată mai puţin, ***imaginaţia*** deficienţilor de vedere a suscitat nu numai interes ştiinţific, dar şi păreri contradictorii aproape extreme; M. Ştefan remarcă faptul că „nevăzătorii îşi imaginează ceea ce nu văd", ignorând, însă, faptul că, şi aceştia, prin cunoaşterea senzorială şi logico-verbală, iau contact real cu tot ceea ce-i înconjoară, putând imagina pe baza procedeelor specifice aplicate asupra informaţiilor de care dispun.

În cazul ambliopiei, imaginaţia contribuie la cunoaşterea obiectelor, fenomenelor, evenimentelor, desfăşurate pe axa spaţio-temporală, care nu pot fi percepute direct şi nemijlocit, dar pot fi imaginate şi reproduse pe baza limbajului, imaginaţia jucând chiar, alături de acest proces, alături de gândire şi de reprezentare, rolul de a suplini caracterul parcelar şi succesiv din actul perceptiv, pentru realizarea imaginii sintetice şi globale, precum şi rol pentru „simultaneizarea succesivului", pentru realizarea continuităţii logice şi temporale a evenimentelor şi activităţilor.

În timp ce, la nevăzătorii congenital, produsele imaginaţiei au la bază reprezentările formate pe baza analizatorilor valizi, la persoanele cu cecitate dobândită se formează pe baza imaginilor mentale vizuale conservate (I. A. Kulaghin argumentează acest fapt prin apariţia frecventă a imaginilor vizuale în visele unor astfel de persoane).

Imaginaţia reproductivă se dezvoltă pe baza desenelor şi a desenelor tiflografice, iar cea creatoare şi voluntară pe baza descrierilor verbale, a explorării polisenzoriale concrete, a activităţilor literare, artistice, plastice, în care sunt utilizate toate procedeele imaginative.

Unii autori remarcă superioritatea calităţilor creative ale copiilor văzători, comparativ cu nevăzătorii, deoarece dovedesc „o mai mare imaginaţie în joc şi mai multă fantezie spontană, deoarece varietatea şi complexitatea stimulării pe care le asigură prezenţa vederii sunt esenţiale pentru dezvoltarea deplină a imaginaţiei". (Carson, C. I., Ashcroft, C.S., cit. de **M. Ştefan**, 1999, pag. 109).

Pe baza rezultatelor unor cercetări personale asupra creativităţii la vîrsta pubertăţii, utilizând „Testul de imaginaţie şi creativitate", adaptat după E.P.Torrance, Testul arborelui şi probe asociativ-verbale, s-a putut releva faptul că ***potenţialul creativ nu este influenţat de deficienţa de vedere, că el rămâne în multe cazuri neexplorat şi nevalorificat, deşi mulţi deficienţi vizual, atât ambliopi cât şi nevăzători au reale aptitudini literare, artistice, muzicale sau tehnice.***

De asemena, s-a evidenţiat un nivel mai scăzut al flexibilităţii şi originalităţii producţiilor creative ale deficienţilor de vedere faţă de normalii de aceeaşi vârstă, dar şi valori mai mari ale fluidităţii.

Creativitatea verbală este mai bine reprezentată decât creativitatea de expresie plastică. Aceleaşi rezultate au fost evidenţiate şi prin interpretarea rezultatelor la Testul arborelui, centrată nu numai pe analiza trăsăturilor de personalitate, ci şi pe evidenţierea aptitudinilor creative, redate prin expresia artistică, coloritul, originalitatea, gradul de realism al desenului, fluiditatea decelată prin bogăţia detaliilor etc. (**Rozorea, Anca, Sterian, Mihaela,** 2000).

Date fiind realele aptitudini creative ale deficienţilor de vedere, de orice vârstă, se impune stimularea şi educarea lor prin procedee şi strategii creative cât mai diverse, încă din etapele timpurii ale dezvoltării.

Limbajului deficienţilor de văz – între funcţionalitate şi „verbalism"

Limbajul este instrumentul simbolic şi conceptual cel mai important, care permite actualizarea potenţialităţilor cognitive neafectate de deficienţa vizuală (**I. Hatwell**, 1961) şi care joacă rol compensator al vederii slabe sau a lipsei vederii, alături de celelalte procese superioare de cunoaştere.

Încă din etapele timpurii ale dezvoltării ontogenetice, dezvoltarea gândirii şi a limbajului se produce în paralel, prin intercondiţionări reciproce, progresele cantitative şi calitative ale limbajului şi construcţiile lingvistice tot mai complexe, dezvoltate prin activarea structurilor generative concentrice, aşa cum a susţinut N. Chomsky, stimulând dezvoltarea gândirii, a operativităţii mentale şi a inteligenţei, ca unul dintre aspectele ei performanţiale.

În general, conduita verbală a deficientului vizual se instituie în etapa corespunzătoare de dezvoltare, ca şi la copilul normal, doarece atât structural, cât şi funcţional, analizatorii verbo-motor şi auditiv nu sunt afectaţi, iar dezvoltarea intelectuală este cvasinormală; însuşirea vorbirii se produce natural, în contextul comunicării în mediul familial şi social, exprimarea, cantitatea şi calitatea lexicului şi expresivitatea comunicării orale neprezentând deosebiri majore faţă de copilul fără deficienţe de vedere.

Ritmul de dezvoltare al limbajului este, însă, mai lent, expresivitatea comunicării şi înţelegerea nuanţelor semantice sau contextuale ale limbajului fiind afectate din cauza mimico-gesticulaţiei insuficient percepute şi activate.

Comunicarea non-verbală (mimică, gestică, pantomimă), se percepe, se învaţă şi se realizează cu dificultate sau este absentă, datorită vederii foarte scăzute sau lipsei vederii, care împiedică receptarea expresivităţii faciale a persoanelor cu care se comunică; de aceea, în multe cazuri, nu există sincronizare şi modulare adecvată a mimicii şi gesticii, corespunzătoare conţinutului, mai ales emoţional, al mesajelor transmise sau receptate.

În plus, deficientul de vedere nu poate „imita" mişcările specifice articulatorii (modelul vizual al pronunţiei), mai ales în copilăria mică ; uneori, deficienţa vizuală este asociată cu anumite tulburări de pronunţie (de obicei, dislalii simple sau polimorfe, disglosii, tulburări ale ritmului şi fluenţei vorbirii sau, în planul scris-cititului, disgrafii şi dislexii; în aceste cazuri, cele mai afectate sunete sunt cele care suscită mişcări organice

şi discriminări de fineţe (r, s, ş, f, v, z, l) şi care pot fi învăţate şi imitate dacă sunt percepute vizual.

Unii autori (R. Pollack, Sumpy, O'Neill, M. Durand) relevă faptul că apar deficienţe în receptarea vorbirii şi în decodificarea conţinutului semantic al comunicării non-verbale datorate lipsei perceperii feţei vorbitorului şi a mişcărilor elementelor acesteia, care participă la emiterea sunetelor.

Tulburările de limbaj, începând cu cele mai simple, determină, mai ales la vârsta adolescenţei, dezorganizarea echilibrului personalităţii şi dezordini comportamentale (neparticipare şi neadaptare la viaţa grupului de apartenenţă, disponibilitate redusă de comunicare şi reţineri în vorbire, inhibiţie în desfăşurarea activităţii etc.), cu atât mai accentuate cu cât tulburările de limbaj sunt mai grave şi cu cât vârsta la care se manifestă este mai fragilă şi mai critică (la vârstele mici, efectele tulburărilor de limbaj se resimt, mai ales, în desincronizarea raportului dintre planul ideativ şi posibilitatea de exprimare a gândurilor şi ideilor).

Tulburările de limbaj constituie un factor stresant la orice vârstă, mai ales în asociere cu deficienţa de vedere, funcţia compensatorie a limbajului fiind în mare măsură dereglată şi limitată.

J. C. Lang remarcă la deficienţii vizual un „frecvent retard al limbajului", un vocabular sărac, confuzii spaţio-temporale exprimate verbal, o anumită sărăcie a expresiei verbale, toate acestea influenţând negativ calitatea comunicării ; în unele cazuri, există un progres lent al funcţiei semiotice a limbajului şi o capacitate redusă de operare cu conceptele abstracte.

Forma şi gravitatea deficienţei vizuale produc şi perturbarea funcţiilor de recepţie şi de expresie a comunicării verbale şi non-verbale, scăzând astfel valoarea instrumentală a limbajului prin limitarea şi fragilitatea calităţii şi cantităţii semantice şi pragmatice a informaţiilor şi influenţând negativ dezvoltarea operativităţii mentale, relaţionarea interumană, personalitatea şi favorizând chiar unele manifestări comportamentale neadecvate.

Y.Hatwell remarcă faptul că nici ambliopia, nici cecitatea nu determină o dereglare a dezvoltării limbajului, ba mai mult, se produce, ca mecanism de compensare, o „hipertrofiere verbală".

Trebuie remarcat şi faptul că procesul de formare a noţiunilor este marcat de deficienţa de vedere, mai ales de cecitate, care impietează asupra conceptualizării şi asupra operării cu noţiunile abstracte.

Nevăzătorii folosesc, ca mijloc predilect de comunicare, limbajul verbal.

Ca şi în cazul copilului normal, aşa cum remarcă **W. Lydon** şi **M. L. McGraw** (1973), formarea noţiunilor include etapa cunoaşterii trăsăturilor specifice ale obiectelor (nivelul concret), etapa cunoaşterii utilităţii obiectului (nivelul funcţional) şi etapa includerii în clasă pe baza sintezei trăsăturilor esenţiale ale obiectelor (nivelul abstract).

În cazul copilului deficient vizual, în toate aceste etape, obiectul trebuie investigat polisenzorial şi prin acţiuni concrete cu obiectele reprezentative ale clasei, care devin prototipuri, pe baza cărora se formează noţiunile.

În cazul ambliopilor, vederea restantă joacă un rol important în formarea noţiunilor, nevăzătorul fiind, însă, privat de funcţia integratoare şi unificatoare a

vederii, perceperea obiectului fiind făcută prin tactil-kinestezie și pe baza simțurilor valide.

Unii autori (**W. Lydon și M. L. McGraw**, 1973) remarcă faptul că nevăzătorul nu poate ajunge la nivelul abstract în procesul de formare a noțiunilor și nu își poate însuși noțiuni spațiale, noțiuni matematice etc., acest fapt impietând și asupra raționamentelor logice aplicate datelor spațiale; această particularitate a gândirii și a limbajului nevăzătorului este interpretată, în multe cazuri, în mod greșit, ca retard psihic.

Y. Hatwell remarcă impactul limitativ al cecității congenitale sau dobândite după vârsta de 4 ani doar asupra cunoașterii figurative, deoarece, tactil-kinestezia, dominantă în explorare și cunoaștere, prin componenta ei motrică și proprioceptivă, conservă informațiile tactile care susțin operativitatea spațială, performanțele logice și verbale ale nevăzătorilor nefiind afectate.

Limbajul scris implică activarea premiselor aptitudinale (dezvoltarea fizico-motrică, dezvoltarea percepției, a capacității de orientare, dezvoltarea intelectuală), precum și maturizarea neuropsihică, dominanța laterală, operaționalizarea schemei corporale, capacitatea de structurare a spațiului pentru scris și de discriminare a structurilor grafice și unele componente afectiv-emoționale și motivaționale.

În condițiile ambliopiei este perturbată, în diferite grade, coordonarea vizual-motorie, aceasta influențând negativ viteza și calitatea scrisului, putând determina dislexii și disgrafii.

Limbajul scris, în cazul cecității, este unul specializat, scrierea Braille, în care mâna joacă un rol important în diferențierea literelor scrise în relief.

Tulburările de văz se răsfrâng nu numai în plan lexicografic, ci și asupra formării și consolidării reprezentărilor vizuale ale literelor, semnelor ortografice, simbolurilor, semnelor convenționale etc.

Din experiența personală cu copiii ambliopi, remarcăm unele ***aspecte caracteristice***:

- elevii ambliopi au un vocabular activ sub media vârstei, predominant situativ-concret, cu noțiuni imprecise, cu modificări de semnificație, cu cuprinderi greșite în noțiunea-gen, cu noțiuni fără acoperire semantică, predominant cu noțiuni concrete;
- procesul formării noțiunilor abstracte este mai dificil, acestea fiind slab funcționale și operarea cu ele instabilă și, de multe ori, incorectă; vederea, chiar slab funcțională, joacă un rol important în formarea noțiunilor, prin funcția motivațională, stimulatoare, integratoare și de control a informațiilor obținute prin celelalte modalități senzoriale;
- limbajul oral și scris este destul de inexpresiv și cu greșeli gramaticale și ortografice;
- frecventele tulburări de vorbire sunt datorate insuficientei perceperi a modelului vizual al pronunției (mai ales în mica copilărie), dar și tulburărilor afectiv-emoționale, care reduc și disponibilitatea de comunicare verbală; tulburările de vorbire de tip dislalic constau în defecte de pronunție a unor sunete, în omisiuni, inversiuni, substituiri de foneme, dar și în pronunțarea deformată a unor cuvinte, vorbirea în ansamblul ei fiind normală;

- abilitățile de citire și scriere (mai ales în dictare și compunere) se formează mai greu, datorită capacității reduse de transpunere a fonemelor în grafeme;
- elementele disgrafice constau, de asemenea în substituiri, omisiuni, adăugiri, inversiuni de litere, la ambliopi, acestea datorându-se distorsiunilor perceptiv-vizuale și indicilor funcționali ai vederii, în multe cazuri, extrem de reduși, mai ales acuitatea vizuală și câmpul vizual;
- în unele afecțiuni, în care sunt afectate acuitatea vizuală și câmpul vizual, limbajul scris al ambliopilor este nu numai disgrafic, ci și particular (uneori, se scrie pe rânduri verticale, nu se poate scrie până la capătul rândului, nu se poate utiliza tot spațiul grafic al paginii, caracterele grafice sunt foarte mari etc.).

Nevăzătorii pot folosi termeni corecți, din punct de vedere formal, înregistrați mnezic, cvasimecanic, dar fără acoperire intuitivă datorită caracterului confuz, parcelar, uneori, eronat al discriminării perceptive, în consecință, identificarea categorială și înțelegerea semantică fiind greșite.

În multe cazuri, există o legătură nefuncțională între obiectul concret, reprezentare și noțiunea corespunzătoare, mai ales în cazul nevăzătorilor, care, datorită memoriei auditiv-verbale, asimilează și engramează un număr mare de noțiuni, al căror sens, însă, nu îl cunosc, existând astfel riscul ***verbalismului*** („înșirând cuvinte goale ce din coadă au să sune", cum ar spune, metafo, M. Eminescu).

Este imperios necesar, spre a atenua acest fenomen, să se utilizeze o bogată bază de materiale didactice intuitive și imagini tiflografice, spre a asigura suportul concret al cunoașterii și operării cu noțiuni adecvate și corect înțelese.

Particularitățile fenomenului atenției și ale proceselor reglatorii în contextul deficienței de vedere

Atenția, fenomen psihic cu rol major pentru deficienții de vedere, constă în selectarea activă și ierarhizarea, în funcție de semnificație, scop, interes și importanță, a unor evenimente, obiecte și fenomene, care influențează existența și activitatea umană.

Pentru deficientul de vedere, concentrarea atenției contribuie la orientarea selectivă în ambianță, la mobilitate și la evitarea obstacolelor, dar, mai ales, la creșterea eficienței activității cotidiene, practice și cognitive.

Orientarea atenției spre anumiți stimuli (filtrajul senzorial) constituie primul pas spre organizarea activității și spre autoreglarea energiei psihonervoase și a restanțelor vizuale, dacă există, spre a putea îndeplini scopurile propuse.

Cu referire la particularitățile și la rolul atenției în cazul deficienților de vedere, unii autori (A. P. Salkevici, E. A. Sopciuk) remarcă o „slăbire a atenției în ambliopie", „o apatie vizuală", o „lipsă a capacității de concentrare îndelungată sau o concentrare excesivă a atenției" (**D. Damaschin**, 1973, pag. 221), în timp ce alții (**B. I. Kovalenko, N. B. Kovalenko, M. Wappmann**) remarcă o mai mare dezvoltare a atenției față de văzători.

M. Ștefan susține că „elevii cu vedere slabă, fără deficiențe asociate, pot manifesta, în condiții didactice corespunzătoare, o capacitate sporită de reglare conștientizată a activității" (**M. Ștefan**, 1981, pag. 66).

C. Lambert-Leconte remarcă faptul că funcţionarea atenţiei presupune focalizarea selectivă pe indicii cu maximă valoare informaţională.

Mobilizarea şi menţinerea concentrării atenţiei joacă rol important în percepţia vizuală a ambliopilor, în activităţile logico-verbale, în funcţionarea optimă a memoriei şi în eficienţa învăţării şi asimilării informaţionale de către deficienţii vizual. La aceştia, este dezvoltată, mai ales, atenţia voluntară, orientată conştient şi susţinută motivaţional în funcţie de interese.

În cazul ambliopilor, explorarea, prin concentrarea atenţiei, măreşte şansele unei identificări corecte a obiectului percepţiei, iar în cazul nevăzătorilor, fineţea diferenţierilor tactile sau auditive este mărită şi prin efortul de concentrare şi stabilitate a atenţiei, în multe cazuri, concentrarea îndelungată putând produce oboseală, anxietate, efecte inhibitorii sau stări de suprasolicitare nervoasă.

Întregul mediu vizual este plin de multiple obiecte, de o arie informaţională diversă şi inepuizabilă, la care, ambliopii pot face cu greu faţă; de aceea, pentru ei, „atenţia activă“ joacă un rol deosebit de important.

W. James a observat că obiectele care intră în câmpul atenţiei sunt procesate mai în detaliu şi reprezentările perceptive sunt mult mai bogate, facilitând legătura dintre percepţia, marcată de consecinţele deficienţei de vedere şi acţiunea ce trebuie realizată.

Trebuie remarcat şi rolul „atenţiei pasive“, care constă în concentrarea pe o parte/obiect din aria vizuală, dar fără mişcarea globilor oculari (în termeni colocviali, „a te uita cu coada ochiului"); ambele tipuri de atenţie contribuie la „scanarea vizuală“ prin care se realizează percepţia.

Unele boli ale analizatorului vizual deregleazā sinergia dintre vederea foveală şi vederea periferică, ceea ce impietează, mai ales, asupra scris-cititului, la care participă, alături de percepţie, cele două forme de atenţie şi procesele cognitive. Rata scanării vizuale trebuie să coincidă cu viteza de înţelegere a textului, ceea ce nu este evident în cazul deficientului de vedere.

V. Roth remarcă unele calităţi ale atenţiei deficienţilor de vedere (stabilitatea, concentrarea, constanţa), iar M. Ştefan relevă o capacitate submedie a atenţiei acestora sub raportul comutativităţii (deoarece, odată distrasă, se restabileşte mai greu), precum şi nevoia unei ordini depline, a disciplinei şi autocontrolului faţă de comportamentele proprii, pentru a se adapta şi corela mai bine cu cei din jur.

Pe baza observaţiei empirice şi a experienţei cu elevii ambliopi, noi remarcăm ***o serie de tulburări prosexice:*** lipsa capacităţii de concentrare îndelungată (atenţie fluctuantă), apariţia prematură a oboselii, mobilitate şi distributivitate reduse, menţinerea orientării selective a atenţiei doar în funcţie de gradul de interes, atractivitate şi diversificarea activităţii, mai mult în activităţile mai puţin dificile şi cu destulă dificultate în activităţile cognitive şi practice.

Atenţia se dezvoltă calitativ şi în funcţie de întărirea pozitivă, prin reuşită, mai ales în scop adaptativ la un mediu cu provocări şi schimbări permanente.

La nevăzători, concentrarea atenţiei nu este însoţită, datorită absenţei modelelor verbale, de mimica, gestica şi atitudinile posturale specifice, manifestându-se uneori, în mod paradoxal, prin agitaţie şi mişcări ale mâinilor; de obicei, deficienţii de vedere au o expresie specifică atunci când sunt atenţi (nevăzătorii „ascultă“ cu capul în piept, iar

ambliopii, cu ochii închişi, aceste caracteristici determinând o înfăţişare mai rigidă şi mai puţin expresivă).

Nevăzătorul, neputând urmări, cu precizia pe care o conferă vederea, existenţa unui obstacol sau mişcarea în spaţiu a unui obiect sau fenomen pe care-l percepe auditiv, trebuie să-şi deplaseze permanent atenţia, să o concentreze într-o direcţie sau alta, după intensitatea şi semnificaţia stimulilor percepuţi prin alte modalităţi senzorial-perceptive, mai ales în deplasare şi în îndeplinirea unor activităţi şcolare sau profesionale.

Voinţa reflectă obstacolul care se interpune în calea atingerii scopului propus, care nu se identifică nici cu un obiect sau fenomen al realităţii şi nici cu rezistenţa internă în desfăşurarea unei activităţi, ci reprezintă confruntarea între posibilităţile individului şi condiţiile obiective ale activităţi.

Evaluarea riguroasă, corectă, adecvată a obstacolului este destul de greu de realizat, mai ales în contextul vederii slabe sau a lipsei vederii, apărând frecvent cazuri de subapreciere sau supraapreciere a acestuia.

Funcţia specifică a voinţei, în cazul deficientului de vedere şi nu numai, este cea de autoreglaj conştient, realizat, mai ales, prin mijloace verbale.

În cazul deficienţilor de vedere, voinţa, ca proces psihic cu funcţii de reglare, joacă şi un important rol compensator.

Structurile operatorii ale voinţei se regăsesc în fazele actului voluntar şi sunt preluate, mai ales, din sfera gândirii; se selectează un motiv, se analizează, se evaluează consecinţele, se deliberează, se adoptă decizii etc.; dacă gândirea poate fi apreciată drept un proces cognitiv decizional, voinţa este un proces decizional cognitiv.

Mobilizarea în sarcini (mai ales cognitive) şi capacitatea redusă şi limitată în timp a efortului voluntar, sentimentul de neîncredere în puterile proprii, timiditatea crescută (mai ales în rezolvarea în grup a unor sarcini şi în contexte situaţional-relaţionale noi) sunt unele dintre trăsăturile proprii deficientului vizual.

Deşi în multe cazuri, deficienţa de vedere nu corelează cu o voinţă puternică, reglajul voluntar se desfăşoară, în general, în aceeaşi ordine a etapelor, lupta motivelor şi deliberarea fiind mai puţin conştientizate şi în multe cazuri nefinalizate prin luarea unei decizii, pentru că intervine teama de eşec sau se activează complexe de inferioritate; promptitudinea deciziei este mai puţin evidentă, deliberarea realizându-se cu mai puţină rapiditate şi precizie; de aceea, efortul voluntar al deficientului de vedere trebuie mobilizat şi susţinut prin dirijare, prin mijloace verbale, prin educarea perseverenţei şi a răbdării în îndeplinirea sarcinilor, mai ales a sarcinilor cognitive şi practic-acţionale, deficitare la vârstele mici şi în etapele critice ale existenţei.

În unele cazuri, sunt prezente tulburări ale forţei voliţionale: hipobulie (scăderea forţei voliţionale), abulie (scăderea capacităţii de a acţiona), parabulie (insuficientă mobilizare volitivă), impulsivitate, lipsa controlului voluntar inhibitor.

Efortul voluntar trebuie orientat spre scopul acţiunii şi susţinut prin interes şi motivaţie pozitivă.

De asemenea, trebuie stimulată capacitatea de anticipare şi de apreciere a dificultăţii unei sarcini, pentru ca reglajul voluntar să fie realizat.

Cenzura conştientă, stăpânirea de sine, responsabilizarea voluntară, precum şi o serie de calităţi ale voinţei (puterea voinţei, perseverenţa, independenţa voluntară,

promptitudinea deciziei, deliberarea) nu sunt în toate cazurile de deficiență de vedere, funcționale și precise, ele trebuind educate, mai ales în perspectiva activității de învățare și de exersare a profesiei și, mai ales, susținute printr-o motivație intrinsecă.

Este unanim recunoscut faptul că orice comportament urmărește realizarea unui scop, a unei reușite, ***motivația*** fiind acel proces reglator care declanșează și susține comportamentul în acest sens, care determină activismul în organizarea percepției, în formarea deprinderilor, în declanșarea proceselor mnezice, în realizarea activităților finalizate cu efecte optimizatoare în plan adaptativ.

Motivația joacă un rol important în autoreglare, îndeplinind funcția de activare internă difuză, de semnalizare a unor dezechilibre neurofiziologice, de declanșare a acțiunilor și de autoreglare a conduitei.

Raportat la piramida trebuințelor (H. Maslow), în majoritatea cazurilor, se remarcă o prezență evidentă la deficienții de vedere a trebuințelor biologice, a trebuințelor de securitate, a trebuințelor de afiliere la grupul tiflopedagogic; trebuința de stimă și statut și trebuința de autorealizare sunt mai puțin activate nu numai la vârstele mici, ci și în adolescență și la vârstele mature.

În general, motivele, cu funcția lor energizant-dinamogenă și orientativ-direcțională, sunt circumscrise, fiind mai bine reprezentate în cazul comportamentelor de viață cotidiană și mai puțin în cazul activităților cognitive și practice.

Interesele sunt, de asemenea, destul de circumscrise, mai ales interesele școlare și profesionale, care nu sunt diversificate, deși potențial există multe meserii și profesii pe care le-ar putea practica deficienții de vedere.

Motivația pentru învățare și pentru activitatea profesională este, în majoritatea cazurilor, extrinsecă, cea intrinsecă fiind proprie ambliopilor și nevăzătorilor dornici de performanțe superioare în activitatea școlară și profesională sau acelora care se remarcă prin vădite aptitudini literare, muzicale, profesionale.

Un rol important în dezvoltare și în structurarea personalității îl au modelele, la toate vârstele, dar mai ales în adolescență; „raportarea adolescenților la modele este un proces care debutează încă din perioada copilăriei, prin actul imitării spontane a persoanelor din mediul afectiv apropiat și care apoi, în perioada apariției conștiinței de sine, se concretizează într-o preocupare conștientă, extinsă până la identificarea lor cu modelele alese și selecția critică a acestora." (**Bazac, A.**, 1983, pag. 108).

Cel mai adesea, influența modelului se manifestă pe planul modelării personalității, în funcție de „metamorfozele idealului de viață". (E. Erikson); raportarea tot mai matură a adolescentului la modele conduce spre formarea identității, ca achiziție stabilă pe planul dezvoltării psihosociale și etapă ultimă a „drumului eului", după cea a introiecției și cea a identificării (E. Erikson).

În cazul adolescentului deficient de vedere, căutarea identității este extrem de nesigură și sinuoasă.

Un posibil răspuns la întrebarea „Cum mă văd eu?" accentuează dismorfofobia caracteristică; percepția propriului corp este deformată de oglinda spartă a retinei; uneori, însăși propria schemă corporală îi pare asimetrică. Neacceptarea propriului corp, cu calitățile și defectele lui, generează frustrație și frustrația naște „teama" de sine, teama de a nu se putea „iubi", teama că nu poate „însemna" nimic.

De aceea, ***deficientul de vedere are nevoie de modele şi de securitate.***

Profesorii, educatorii şi grupul, mai mult chiar decât familia, joacă un rol deosebit în acest sens: oferă modele, oferă sprijin pentru identificare şi pentru echilibrul interior, dar şi pentru găsirea unei identităţi vocaţionale.

Rezultatele unei cercetări personale au relevat concluzii interesante referitoare la nevoia de modele de viaţă şi de comportare a adolescenţilor deficienţi de vedere.

În ciuda teribilismului vârstei şi a dorinţei de a fi originali şi independenţi, ei se raportează la „modele de viaţă", în efortul lor de autocunoaştere şi autoformare, cu atât mai mult cu cât sunt conştienţi de „criza valorilor" din societatea actuală.

S-a evidenţiat o corelaţie semnificativă între nivelul intelectual (şi nivelul performanţial şcolar) şi modul de raportare realistă, critică şi motivată la modelul de viaţă, astfel de adolescenţi înţelegând semnificaţia şi rolul pozitiv al acestuia („Modelul reprezintă un „ceva" sau un „cineva" la care te raportezi în funcţie de însuşirile pe care le posedă şi de propriile tale însuşiri" – R.P., f, 17 ani, ambliopie medie) şi respectiv, o corelaţie între nivelul intelectual submediu şi opţiunea pentru modele „idealizate", reprezentate de sportivi, vedete din show-urile de televiziune, manelişti, „oameni cu bani".

Cele mai multe modele sunt alese, într-o ordine probabilă, din şcoală (profesorul este un model indubitabil, iar şcoala este valorizată ca factor educativ, cu importanţă majoră, pentru că „modelele oferite au un profil etic, ancorat în realitatea zilelor noastre şi în viitorul societăţii" – P.R., f, nevăzătoare, 17 ani), grup de prieteni, mass-media („Televizorul îţi dă aripi spre creaţie personală, spre câştiguri şi spre realizarea personalităţii" – C.A., f, 19 ani, ambliopie uşoară), familie (îndeosebi mama, pentru că „nu are defecte", sau tata, „pentru că e o autoritate"), lumea mondenă etc. şi, din nefericire, mai puţin din cultură şi religie (exceptând modelul lui Iisus, ca „model idealizat fără defecte", cu o mare înrâurire în viaţa lor).

Dezvoltarea socio - afectivă şi a personalităţii deficienţilor vizual

Afectivitatea reprezintă aspectul fundamental al personalităţii, fiind rezonanţa subiectivă generală a individului, intim şi relaţional trăită la schimbările de tot felul din mediul său extern sau intern, la valoarea şi semnificaţia evenimentelor cotidiene.

Din punct de vedere psihologic şi neurofuncţional, *afectivitatea include reacţiile afective* (emoţii, frica, mânia, bucuria, tristeţea etc.), ***stările afective*** (sentimente, ca plăcerea, neplăcerea, invidia, remuşcarea, gelozia etc.) şi ***atitudinile afective*** (iubirea, îndoiala, recunoştinţa, admiraţia etc.), care pot fi anticipate, dar şi trăite după ce acţiunea propriu-zisă a stimulilor afectogeni a încetat.

Procesele psihice ale individului au la bază structurile reacţionale necondiţionate ale organismului, impulsurile instinctive, mecanismele active reflex-condiţionate, dar, mai ales, activitatea nervoasă superioară, îndeosebi a emisferei drepte, activarea hipotalamusului şi a formaţiei reticulate.

Cu referire la ***caracteristicile fenomenelor afective, remarcăm, la deficientul de vedere, o serie de particularităţi:***

- ***creşterea duratei proceselor afective*** odată cu vârsta, în sensul că persistenţa semnificaţiei factorului afectogen, atât pozitiv, dar mai ales negativ, este mai mică în

copilărie („Gata, doamna, mi-a trecut, nu mai plâng..." – L. M., 8 ani, nevăzătoare) şi mai acută la vârstele mai mari (la care este, probabil răspunzătoare de indicele scăzut de toleranţă la frustrare, de egocentrismul manifestat de multe ori, de impulsiviate, de manifestările violente, chiar agresive în plan verbal şi comportamental, mai ales în situaţii relaţionale constrângătoare sau indezirabile, manifestări determinate de vulnerabilizarea unor structuri psihice autoreglatoare şi inhibitorii);

- ***particularizarea mărimii intensităţii proceselor afective***, adică a forţei şi profunzimii lor, proporţional cu valoarea şi sensul „utilitar" şi adaptativ; uneori, reacţiile la contrarietăţi neînsemnate sunt disproporţionat de intense;

- în multe cazuri, ***accentuarea polarităţii stărilor afective, oscilarea între extreme şi trecerea rapidă, uneori nejustificată, de la o stare la cea opusă ei***, dar fără accente patologice (doar labilitate sau instabilitate afectiv-emoţională, mai ales în stările de concentrare sau de stres);

- ***accentuarea rolului caracterului stenic al stărilor afective, mai ales în contexte relaţionale empatice, în mobilizarea pentru diverse activităţi*** şi, respectiv, demobilizare şi dezechilibru afectiv în cazul unor stări afective cu încărcătură negativă sau la impactul cu experienţe, situaţii, evenimente noi şi nefamiliare; de asemenea, la vârstele mici, pot apărea o serie de tulburări afective şi complexe emoţionale, determinate de dorul de părinţi (la copiii instituţionalizaţi), de abandonul parental (nevroza de abandon, mai ales matern), de frustraţia afectivă, de ambivalenţa trăirilor afective proprii şi ale celor din jur, de sentimentul autoculpabilizării etc.);

- ***evidenţierea unei expresivităţi reduse a trăirilor afective, mai ales la nevăzători*** (mimică emoţională şi pantomimică, gestică, postură, modulaţiile vorbirii, tremurul vocii, strălucirea ochilor, manifestări comportamentale etc.), precum şi o capacitate redusă de învăţare / imitare / generalizare a unor expresii emoţionale simbolice asociate unor stări, evenimente, convenienţe socio-culturale;

- ***evidenţierea*** (pe baza unei cercetări proprii) ***a unui nivel mediu al sugestibilităţii, al emotivităţii simple, intuiţie, sensibilitate pentru mesajul muzical şi nevoie acută de afecţiune şi apartenenţă la grup***, toate aceste trăsături având rol în adaptare, în activitate, în învăţare etc.

Datorită unor astfel de trăsături particulare ale afectivităţii, deficienţii de vedere dezvoltă şi mecanisme defensive care determină şi un tip anume de relaţionare, fie prin inerţie, dependenţă de grup, conformism apatic, delăsare, fie prin ostilitate, opozanţă, agresivitate, izolare şi autoizolare

Este dificil şi destul de nerealist să se întreprindă generalizări cu referire la toţi deficienţii vizual în privinţa dimensiunii afectiv-emoţionale şi a trăsăturilor de personalitate, deoarece, deşi toţi sunt afectaţi de aceeaşi deficienţă, dar de naturi şi gravităţi diferite, fiecare reprezintă o individualitate, o personalitate unică şi irepetabilă.

Totuşi, unele cercetări (inclusiv personale) au condus spre circumscrierea unui ***tip special de personalitate a deficientului vizual, marcat de gradul redus al maturizării afective şi al adaptării sociale***, mai ales la vârstele mici, la începutul şcolarităţii.

În unele cazuri, încă dinaintea intrării la şcoală, unii copii deficienţi de vedere, mai ales nevăzători, au şi trăit „şocul de a fi consideraţi altfel decât ceilalţi, au început să aibă conştiinţa infirmităţii şi să-şi piardă sentimentul propriei valori“ (**M. Ştefan**, 1981, pag. 56).

Atitudinile neadecvate ale părinţilor, educatorilor, prietenilor împiedică adaptarea socială normală a acestor copii încă de la vârstele fragile şi facilitează, aşa cum s-a menţionat deja, apariţia unor variate şi surprinzătoare reacţii de apărare: stări depresive, tensiune psihică, nesiguranţă, atitudini inhibate, închidere în sine, izolare chiar şi faţă de copiii de aceeaşi vârstă sau, din contră, aroganţă, insolenţă, neîncredere în cei din jur, toate acestea fiind semne ale inadaptării, care se poate accentua odată cu vârsta.

Fiecare dintre componentele personalităţii (afectiv-motivaţională, dinamico-energetică, de orientare, relaţional-valorică şi de autoreglare) este marcată, într-un fel sau altul, de gradul şi gravitatea deficienţei vizuale, cu atât mai mult cu cât trăsăturile de personalitate, ca formaţiuni sintetic-integratoare, rezultă din condensarea diverselor funcţii psihice, ele însele particularizate în contextul deficienţei de vedere.

Manifestările psihocomportamentale, ca expresie exterioară a trăsăturilor de personalitate, se desfăşoară în contexte situaţionale diferite, în moduri particulare, în funcţie de deficienţa de fond, de deficienţele asociate şi de vârstă; multe dintre ele, în cazul în care includ aspecte negative şi dezadaptative, pot fi compensate şi reorientate pozitiv, prin valorizarea lor în activităţi cognitive şi practic-acţionale eficiente şi benefice.

Deşi mulţi deficienţi de vedere, mai ales de vârstă şcolară, sunt ***avizi de afectivitate, pe fondul frustraţiilor afective familiale sau ale mediului social în care sunt „integraţi“***, se remarcă, aşa cum s-a mai remarcat, într-un număr semnificativ de cazuri, printr-un ***indice de maturizare emoţională şi psihosocială redus,*** prin labilitate afectivă, hiperemotivitate, infantilism afectiv, prin stări reactive la eşec, prin instabilitate psihocomportamentală, prin conduite dezadaptative şi relaţii sociale negative.

De asemenea, mulţi şcolari deficienţi de vedere pot dezvolta ***atitudini inhibate, pasive, slabă mobilizare în sarcini cognitive, performanţiale sau chiar ludice, capacitate redusă şi limitată în timp a efortului voluntar, sentimente de neîncredere în forţele proprii, timiditate crescută (mai ales în contexte situaţionale noi), teamă şi disponibilitate redusă de comunicare, sentimentul inferiorităţii şi al neputinţei, retragere în sine, uneori negativism, adinamism, bradipsihie, lipsă de iniţiativă personală, prudenţă exagerată, atitudini şi manifestări anxioase, irascibilitate, nervozitate, impulsivitate, agresivitate verbală şi comportamentală, lipsa cenzurii inhibitorii, grave dificultăţi adaptative.***

În multe cercetări personale, rezultatele la unele probe specifice pentru evaluarea personalităţii (în etapa pubertăţii, adolescenţei, a vârstei mature) au evidenţiat ***valori semnificative ale nevrotismului, emotivităţii simple, instabilităţii psihocomportamentale şi, în unele cazuri, a unor tendinţe asociale***; aceste trăsături nu sunt unideterminate de deficienţa de vedere, ci şi de unele relaţii psihosociale neadecvate, de un mediu social

nevalorizant, de greşeli educative, de lipsa de securizare emoţională, de modele formative nesaturate valoric etc. În astfel de cazuri, ***manifestările sunt atipice pentru deficienţii de vedere, în majoritatea lor, reprezentând forme exterioare ale mecanismelor de apărare a eului în situaţii frustrante, traumatizante, nesecurizante şi nevalorizante.***

La preadolescenţii deficienţi de vedere s-a evidenţiat un nivel al anxietăţii care se încadrează în limitele normale, jucând un rol pozitiv în incitarea spre acţiune şi în menţinerea unei stări „tensionale", capabile să genereze, alături de motivaţie şi dimensiunea afectivă, energia pshihonervoasă necesară îndeplinirii şi finalizării unei sarcini sau activităţi; anxietatea accentuată, fie latentă, fie cu risc de patologizare, însoţită de evidente reacţii comportamentale de tip nevrotic, cu consecinţe în planul relaţionării şi integrării în grup este evidenţiată (cu frecvenţă mică), mai ales la preadolescenţii cu ambliopie medie şi la deficienţii de vedere instituţionalizaţi, care îşi conştientizează deficienţa şi trăiesc dramatic consecinţele ei, mai ales în contextul vieţii departe de familie, într-o instituţie cu o disciplină necesară, cu program de grup, cu regim zilnic relativ stereotip organizat, cu limitarea libertăţii de acţiune individuală. Anxietatea manifestă se exteriorizează prin relaţii conflictuale, prin comunicare defectuoasă, prin reacţii verbale şi comportamentale încărcate de violenţă.

Rezultatele cercetării au evidenţiat, de asemenea, mai ales la preadolescenţii cu ambliopie accentuată, evolutivă în timp, o forţă scăzută a eului, slabă capacitate de a controla imediat şi de a exprima tensiunile într-un mod adaptat şi realist, o slabă conştiinţă de sine şi dificultatea de a accepta standardele sociale şi propria deficienţă într-un mod netensionat, susceptibilitate, orgoliu exagerat, emotivitate mărită, tensiune, instabilitate, nervozitate, culpabilitate anxioasă depresivă, tulburări emoţionale şi instabilitate comportamentală.

Deficienţii de vedere, mai ales nevăzătorii, se remarcă şi printr-o ***disponibilitate mai redusă de comunicare şi de relaţionare.***

P. Henry remarcă ***un câmp al experienţei colective mai redus*** (**P. Henry**, 1948, pag. 30), determinat de „tendinţa orbilor de a se închide în sine" (**P. Oleron**, 1970), de „trăsături de caracter egoiste, care împiedică dezvoltarea sentimentului de comuniune (**A. Adler**, 1995, pag. 23), de „condiţii de viaţă care nu stimulează şi nu prilejuiesc o dezvoltare relaţională mai amplă" (**M. Ştefan**, 1999, pag. 113), de supraprotecţia exagerată sau de subprotecţia familială, de cultivarea sentimentului de inferioritate în familie la şcoală, la locul de muncă, în societate etc.

Singurătatea întunericului a devenit complex psihologic al fiinţei, căreia i s-a refuzat, fără explicaţii, dreptul la normalitate... iar, noi, care ne bucurăm de lumină, devenim supuşii propriului nostru autism cognitiv, refuzând să cunoaştem o lume interioară, care, nici cel puţin, nu ne sancţionează indiferenţa. Şi astfel, îi condamnăm pe cei fără vedere, la o orbire în plus! Şi apoi, ne mirăm de ce singurătatea („un străin în viaţa celor din jur", cum remarca Pierre Villey), devine arma lor, de care, însă, noi nu ne temem şi de care uităm. Uităm chiar metafora eminesciană că „ochiul închis afară / înlăuntru se deşteaptă". Uităm prea uşor că întunericul sau clar-obscurul este plin de mesaje, este un „mode de vivre" pentru care ei, semenii noştri, n-au avut şi nu au alternativă.

Totuşi, pentru ei şi pentru noi, chiar „şi acum rămân acestea trei: credinţa, nădejdea şi dragostea“ (Sfântul Apostol Pavel – 1 Corinteni, 13, 13).

O cercetare personală a relevat faptul că, într-o lume ce se schimbă aproape în permanenţă, oferind mereu alte valori, alte modele, alte situaţii existenţiale, ***trăirea religioasă şi credinţa reprezintă nu numai valori spirituale esenţiale, ci şi „ancore“ cu rol în modelarea personalităţii şi în consolidarea unei identităţi şi existenţe echilibrate şi armonioase***, inclusiv în cazul deficienţilor de vedere, aflaţi, mai ales, la vârsta adolescenţei, mulţi dintre ei cu tulburări emoţionale de diferite intensităţi.

La vârsta căutărilor şi a întrebărilor tulburătoare, însăşi existenţa omniprezentă a lui Dumnezeu este pusă sub semnul întrebării, deoarece adolescentul, mai ales cel deficient de vedere cu tulburări psihoemoţionale, poate mai mult ca orice om, „caută în adâncul său ceva care este altceva decât el, pe cineva pe care să-l iubească şi care să-l iubească“ (Sf. Augustin – „Confessiones“). Echilibrul său lăuntric se iveşte atunci când înţelege că Dumnezeu este lumină, iubire şi adevăr şi că „toate câte veţi cere, rugându-vă cu credinţă, veţi primi“ (Matei, 21, 22).

La această vârstă a „căutărilor“, deficienţii vizual, ca oricare alţi adolescenţi, pun sub semnul întrebării şi achiziţiile, trăsăturile propriei personalităţi, comportamentele, valorile şi mai ales modelele pe care le caută, parcă, mai frenetic, considerându-le de mare necesitate pentru existenţa lor.

Siguranţa de sine, care le-a fost stimulată, mai mult sau mai puţin, în familie şi mai ales în şcoală, pare să se clatine, certitudinile devin incertitudini, sfaturile părinţilor şi consilierea profesorilor sunt înlocuite cu cele ale prietenului sau cu cele pe care le plăsmuiesc propria minte şi propriul suflet, atitudinea docilă şi dependenţa se transformă, de multe ori, în manifestări ostentative, rebele şi negativiste, răzvrătirea împotriva oamenilor, a soartei, dar şi împotriva propriei persoane putând îmbrăca forme dramatice.

Semeţul „adolescent miop“ este într-un dialog interior perpetuu, dar şi într-o nevoie de expansiune relaţională deosebită. El vrea să învingă spaţiul limitat de braţul întins sau de bastonul alb. El vrea să dea timpul înapoi şi să „trăiască“, parcă, mirajul „mitului“ metempsihozei... „Poate, în altă viaţă, eu vedeam!...Poate...“ (L.M., 17 ani, nevăzătoare).

Unii adolescenţi deficienţi vizual, privaţi de căldura unui cămin, a unei atmosfere familiale, de afecţiunea parentală şi supuşi „disciplinei“ unei instituţii de ocrotire, dezvoltă, în multe cazuri, tulburări psihoemoţionale de diferite gravităţi, cu toate consecinţele acestora: neîncredere în sine, sentimentul inferiorităţii, anxietate, agresivitate latentă sau manifestă şi în multe cazuri tulburări psihocomportamentale.

În cazurile grave de dezechilibru emoţional, pot apărea chiar unele tulburări ale stărilor afective: atimie (indiferentism afectiv), „încărcări afectiv-negative“ (depresii), „crize de afect“ sau de mânie, reacţii de frică şi anxietate, „incontinenţă afectivă“ (trecerea rapidă de la o stare emoţională la opusul ei), toate acestea, în egală măsură, conduite dezadaptative şi dificultăţi de integrare armonică şi suplă la condiţiile mediului familial, şcolar şi socio-profesional.

Compensarea deficienţei vizuale şi atenuarea consecinţelor ei prin toate formele de psihoterapie şi activităţi specifice contribuie şi la reducerea unor astfel de tulburări emoţionale, a încordării, a agresivităţii latente, a tulburărilor comportamentale.

Mulţi dintre ei dezvoltă sentimente religioase specifice, valorile spirituale pe care reuşesc să le integreze în structura propriei personalităţi contribuind la reechilibrarea lor.

Psihoterapia isihastă este, în astfel de cazuri, o modalitate sensibilă de reechilibrare şi de remodelare a personalităţii acestor adolescenţi, deoarece le poate oferi nu numai sprijin moral, dar şi noi valori pe care le înţeleg, le interiorizează şi le proiectează în conduite individuale mai adaptative şi dezirabile în plan social, care vor deveni baza unei optime integrări socio-profesionale viitoare.

La vârstele mai mari, deficientul de vedere, mai ales cel cu status socio-cultural ridicat, poate „raţionaliza“ conflictualitatea intrapsihică şi se poate autoeduca în sensul orientării pozitive a conduitei.

Uneori, deficienţii de vedere dezvoltă şi complexe de superioritate revendicative şi generatoare de agresivitate relaţională, aşa cum s-a menţionat.

Dacă mecanismele autoreglatoare ale conduitei şi activităţii funcţionează în limite normale, subsistemul relaţional valoric al personalităţii este saturat cu trăsături caracteriale pozitive, realiste şi constructive, centrate pe stimă, autostimă şi autorealizare, pe aspiraţii şi idealuri înalte, concordante cu aptitudinile şi interesele proprii, dar şi cu limitările impuse de deficienţa de vedere, pe modele de conduită, atitudine şi realizare valorică, pe un profil psiho-moral întemeiat pe valori autentice, dar realiste.

Dacă deficientul vizual reuşeşte să-şi compenseze toate limitările impuse de deficienţa proprie, el poate să-şi valorifice întreg potenţialul perceptiv, cognitiv, logico-verbal, fiind încrezător în forţele lui, împăcat cu sine, capabil să ofere şi să primească iubire, să-şi stăpânească impulsurile, să fie un învingător în societate.

Este importantă şi atitudinea societăţii, care are obligaţia morală să-i valorizeze în mod real pe deficienţii de vedere şi să nu dezvolte stereotipuri negative şi atribuiri neadecvate.

Într-un mediu securizant, deficienţii de vedere dezvoltă modele de conduită şi atitudini psihomorale întemeiate pe valori autentice faţă de sine, faţă de muncă, faţă de semeni şi faţă de societate.

P. Baillart remarca faptul că, în cazul nevăzătorilor, „pentru reuşita în viaţă este mai bine să fie orgolioşi decât deznădăjduiţi“ (**P. Baillart**, 1958, pag. 45), căci, „din această slăbiciune a văzului ia naştere o mare forţă“ (**A. Adler**, 1995, pag. 220).

Un rol important în acest sens îl joacă influenţele modelatoare, încă de la vârstele mici, când începe structurarea personalităţii şi a imaginii de sine.

Imaginea de sine reprezintă un „complex construct mintal, care se elaborează, treptat, în decursul evoluţiei ontogenetice, în paralel şi în strânsă interacţiune cu imaginea lumii obiective, printr-un lung şir de procese şi operaţii, de comparaţie, clasificare, ierarhizare, generalizare, integrare“ (**M. Golu**, 1993, pag. 130).

M. Zlate a identificat, aşa cum reiese din schema care urmează, şase ***„fațete" ale personalității***, care nu sunt izolate, ci se intercondiționează, se presupun reciproc, se intersectează şi se convertesc unele în altele, relaționează convergent sau divergent valoric şi astfel conferă personalității şi imaginii de sine nota de unicitate, originalitate şi irepetabilitate.

La cele şase „fațete" ale personalității, M. Zlate asociază şase „fațete" ale Eului (în egală măsură componente ale imaginii de sine), interpretat ca nucleu al personalității: Eul real (cum este individul în realitate), Eul autoperceput (cum crede individul că este), Eul ideal (cum ar vrea individul să fie), Eul perceput (cum percepe individul eu-rile celorlalți), Eul reflectat (cum crede individul că îl percep alții) şi Eul actualizat (cum se manifestă individul).

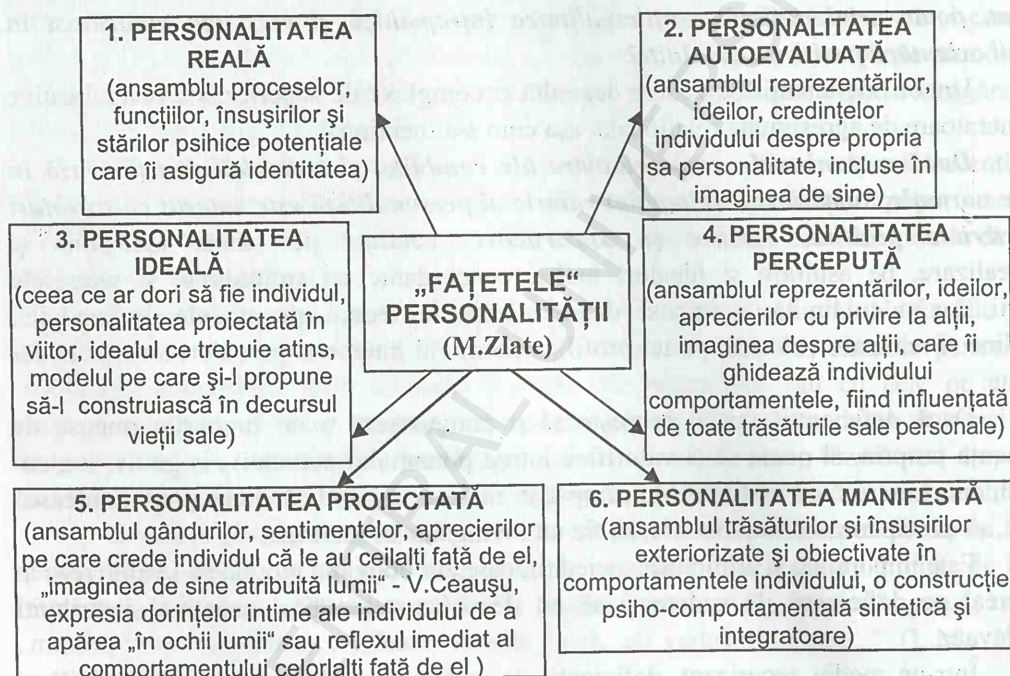


Fig.10. **„Fațetele" personalității** (M.Zlate)

Evaluarea imaginii de sine reprezintă dimensiunea cea mai importantă a ***concepției despre sine***, modul în care o persoană îşi percepe propriile caracteristici fizice, emoționale, cognitive, sociale şi spirituale, măsura în care aceasta apreciază şi aprobă sau dezaprobă ceea ce percepe ca aparținând propriului sine (procese biologice, gânduri, sentimente, aspirații etc.), integrate în existența sa individuală, mai mult sau mai puțin armonioasă şi care circumscriu dimensiunile Eului şi implicit status-ul pe care un individ şi-l atribuie în raport cu ceilalți.

Evaluarea imaginii de sine se constituie şi evoluează în relație cu perfecționarea autocontrolului, a autocunoaşterii şi cunoaşterii mediului ambiant şi, mai ales, social, în

funcție de care fiecare persoană se manifestă independent sau dependent, cu inițiativă personală sau în mod conformist, cu atitudini de apărare, dominare sau dominanță etc.

Unele cercetări personale, în care au fost aplicate probe specifice pentru evaluarea imaginii de sine, au relevat faptul că ***deficiența de vedere și limitele impuse de ea în cunoaștere, simțire și acțiune își pun amprenta și asupra modului în care se structurează imaginea de sine,*** mai ales în etapa pubertății și a adolescenței, generând și o serie de particularități ale calităților imaginii de sine, dar , mai ales ale modului de evaluare a acestei:

- ***imaginea de sine se formează în etape***, corespunzătoare acelora în care se structurează personalitatea în ansamblul său, ***cu o ușoară întârziere temporală***, fiind condiționată în cursul primilor 5 - 6 ani de viață de procesul de decentrare a Eu-lui și de funcția structurantă și reglatoare a limbajului și a comunicării. După G.Allport, etapele dezvoltării imaginii de sine sunt: simțul eului corporal, simțul identității de sine, respectul de sine, extensia eului și imaginea eului, identificabile și în cazul deficienților de vedere, relațiile dintre ele fiind, însă, mai puțin consonante și echilibrate ca valoare, în complexitatea vieții și activității individuale;
- ***calitățile imaginii de sine depind de capacitatea de autocunoaștere a individului***, la deficienții de vedere remarcându-se ***un nivel de autocunoaștere mai scăzut, mai ales în privința capacităților intelectuale, a limitelor și calităților proprii, precum și o capacitate redusă de autoapreciere obiectivă***, datorată, fie lipsei de discernământ, fie tendinței de a-și învinge propriile complexe de inferioritate, determinate de deficiență, prin complexe de superioritate, mai ales la vârsta adolescenței, când criza de identitate este trăită mai dramatic decât în normalitate, iar acceptarea de sine, pe cât de importantă în planul echilibrului personalității, pe atât de greu de asumat. Nivelul scăzut al autoaprecierii și al adecvanței imaginii de sine, poate provoca sentimente de frustrare, nevrotism, neliniște și tensiune intrapsihică, deoarece limitele fiziologice neasumate nu pot fi compensate, determinând și limite în plan psihologic, psihosocial, performanțial, școlar și profesional, cu repercursiuni în planul adaptării, al comportamentelor proprii și al integrării optime;
- ***deficienții de vedere au, în general, un nivel scăzut al încrederii în sine față de normalii cu aceeași vârstă,*** care depinde de gradul de conștientizare a propriilor calități și defecte, a cunoștințelor și competențelor, de autoevaluarea realistă și sinceră, de curajul de a se valoriza în plan personal și în context social, de a-și asuma responsabilități , de a proiecta scopuri, de a lua decizii, de a-și duce la îndeplinire sarcinile asumate etc. Este important ca experiențele noi să fie abordate treptat și prudent, deoarece posibilele eșecuri, repetate, pot avea efecte negative asupra încrederii în sine și asupra stimei de sine. Dubiile, sentimentele de inferioritate, de insecuritate, capacitatea de conștientizare a propriilor limite și eșecuri, în mai mare măsură decât a calităților, a realizărilor, a succeselor și a performanțelor proprii, produc efecte destabilizatoare la nivelul întregii personalități;
- ***calitățile imaginii de sine (completitudinea, fidelitatea, obiectivitatea)*** determină gradul de raportare la realitate, veridicitatea și adecvarea opțiunilor, deciziilor și acțiunilor; ***foarte mulți deficienți de vedere au o imagine de sine cu caracter difuz, vag, rigid, refractar la schimbări, dominată de criterii subiective, în defavoarea celor***

cognitiv-obiective. De aceea, este nevoie de educarea unui „optimum motivațional și de autoevaluare" a dorințelor și aspirațiilor proprii, care să concorde cât mai mult posibil cu propriile capacități și posibilități reale;

- ***componentele de bază ale imaginii de sine (eul fizic, eul psihic, eul spiritual)*** se întregesc reciproc, interacționează și se intercondiționează; ***profilul eului real*** este compus dintr-un număr mai mic de trăsături, predominant fizice, în timp ce ***profilul eului proiectat (ideal)*** cuprinde un număr mult mai mare de trăsături, predominat intelectuale și morale. Se remarcă, de asemenea, faptul că ***multe dintre aceste trăsături reprezintă exteriorizarea, prin proiecție, a unor frustrații, sentimente de inferioritate, neliniști, complexe, al sentimentului insecurității, al dorinței de valorizare;***
- ***stima de sine*** reprezintă modul în care o persoană se autoevaluează în raport cu propriile așteptări și cu așteptările celorlalți, fiind direct proporțională cu conștientizarea valorii proprii. ***Nivelul stimei de sine, scăzut la cea mai mare parte a deficienților de vedere, influențează puternic performanțele în toate activitățile,*** sporește riscul insucceselor, determinând astfel o viziune sumbră asupra propriei persoane și o lipsă de integrare armonioasă și eficientă în lumea reală.

Este foarte important ca toate intervențiile educațional-terapeutice să vizeze consolidarea unei imagini de sine reale, creșterea încrederii în sine, dorința de performanță în activitățile școlare și profesionale prezente și viitoare.

În condițiile unui climat afectiv favorabil, în care să le fie satisfăcută nevoia de securitate, incluziune și afectivitate, în care să se poată exprima și valoriza, deficienții vizual, de orice vârstă, se pot manifesta ca personalități echilibrate și creatoare.

Relațiile armonioase cu membrii familiei și cu cei din jur, performanțele profesionale, asumarea unor responsabilități în acord cu resursele proprii sunt semnul unei imagini de sine pozitive, în timp ce absența motivației sau o motivație scăzută, agresivitatea defensivă, comportamentele de evitare, rezistențele la schimbare etc. sunt indici evidenți ai unei imagini de sine negative. Ori, o imagine de sine pozitivă devine reper al autoaprecierii, alături de aprecierea celor din jur, influențând dezvoltarea intelectuală, sfera volitiv-afectivă și motivația pentru învățătură și muncă și contribuind astfel la conștientizarea nivelului propriu de posibilități și de aspirații, ceea ce poate genera trăirea succesului sau a eșecului în funcție de performanțele obținute și de raportarea la „spațiul de comparație" al grupului de apartenență în care se conturează imaginea de sine.

Indiferent de vârstă, deficientul de vedere, valorizat și autovalorizat, își poate dezvolta sentimentul demnității personale și își poate consolida o imagine de sine pozitivă. Jena, rușinea, umilirea, repetate, tind să-i dezorganizeze personaliatatea, să-i genereze unele stări psihice negative ca nesiguranța, ezitarea, pierderea respectului și încrederii în sine și în cei din jur, retragea și izolarea socială, refuzul de a comunica și relaționa, violență și chiar agresivitate.

Conștiința de sine poartă însemnele distinctive ale personalității proprii și îi dă acesteia posibilitatea autoreglării în scopul adaptării active și dinamice la cerințele existenței și intervenției selective, conștiente și creative în lume.

De multe ori, ascunderea intenționată a unor defecte și lipsa efortului de a le corecta distorsionează cunoașterea de sine.

Conştiinţa de sine are 3 funcţii: anticipativă – de proiectare în viitor a propriei personalităţi, facilitând formarea idealului de viaţă, normativă –concretizată în modul propriu de apreciere a valorilor pe baza unor criterii sociale şi funcţia de auto-educaţie – capacitatea omului de a se reflecta pe sine însuşi şi a-şi da seama de ceea ce este el şi ce vrea să devină.

Auto-educaţia contribuie la actualizarea acestor funcţii şi se realizează prin cultivarea capacităţilor şi însuşirilor pozitive, consacrate prin rezultatele bune în activitate şi prin învingerea limitelor, prin corectarea defectelor proprii printr-un exerciţiu organizat, treptat şi sistematic.

În cazul deficientului vizual, aflat la pubertate, o imagine de sine distorsionată îi creează acestuia sentimentul că este nedreptăţit, chiar persecutat, precum şi o lipsă de încredere în propriile capacităţi, timiditate şi izolare (în unele cazuri, acestea fiind învinse prin supraapreciere, lipsă de modestie sau teribilism); astfel de trăsături se pot stabiliza, în timp, fiind regăsibile în personalitatea adultului.

Aprecierea şcolară, a profesorului, îl influenţează pe deficientul de vedere, la orice vârstă în autoaprecierea nivelului său de dezvoltare, influenţează sfera afectiv-motivaţională prin conştientizarea şi trăirea nemijlocită a succesului şi eşecului, care, odată asimilată, devine un element esenţial al imaginii de sine, reflectând atitudinea faţă de propria activitate; evaluarea educativă influenţează foarte mult capacitatea de apreciere şi autoapreciere obiectivă în sensul corespondenţei cu realitatea. Astfel, odată obţinută această componentă evaluativă, este interiorizată şi transformată în autoevaluare, deoarece, aprecierea, care semnifică un control în desfăşurarea activităţii şcolare, se transformă în autocontrol, având valoare orientativă şi stimulativă dacă este corect conştientizată, înţeleasă şi acceptată.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

ALDER, A., 1995, *Psihologia copilului greu educabil*, Bucureşti, Editura IRI.

BANGERTER, A., 1953, *Traitement de l'amblyiopie*, Charleroi, Héraly.

BARRAGA, N., 1997, *Increased Visual Behavior in Low Vision of Children*, New York, American Foundation for the Blind.

BEST, A,B., 1992, *Teaching Children with Visual Impairment*, Philadelphia, Open University Press.

BINET, A., 1902, *Les proportions de crâne chez les aveugles*, Paris, PUF.

CERNEA, P., 1988, *Anomalii oculare congenitale*, Bucureşti, Editura Medicală.

CERNEA, P., 2002 , *Tratat de oftalmologie*, Bucureşti, Editura Medicală.

CHAPMAN, E. K., STONE, J.M., 1961, *The Visually Handicapped Child in Your Classroom*, London, Cassell.

CZIKER, R., 2001, *Educaţia şi stimularea vizuală la copilul cu deficienţă de vedere*, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujeană.

DAMASCHIN D., 1972, *Defectologie - deficienţa de vedere*, Bucureşti, E.D.P.

* * *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM IIIR, 1993, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România.

DAMASCHIN, D.,1973, *Defectologie. Teoria şi practica compensaţiei-nevăzători ambliopi, orbi, surdo-muţi*, Bucureşti, E D P.

DE LAET, H., 1965, *Cum interpretăm un examen ocular*, Bucureşti, Editura Medicală.

DELTHIL, S. P., 1968, „Le problème des enfants amblyopes", în vol. *Les enfants et les adolescents inadaptés*, Paris, Colin.

DODWELL, P. C., 1973, „Studii despre analizatorul vizual”, în vol. *Orizonturi noi în psihologie*, Bucureşti, Editura Enciclopedică Română.

GHERGUŢ, A., 2001, *Psihopedagogia persoanelor cu cerinţe speciale. Strategii de educaţie integrată*, Iaşi, Editura Polirom.

GHERGUŢ ALOIS., 2005, *Sinteze de psihopedagogie specială, Iaşi,* Editura Polirom.

GOLU, M., 1972, *Percepţie şi activitate*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică.

GURNEY, PETER W., 1988, *Self-esteem in Children with Special Educational Needs*, London and New York, Routledge and Keegan Paul.

GRINGHUIS, D, MOONEN, J., WOUDENBERG, PAULA VAN, 2002, *Children with partial sight*, Doorn, Bartimeus.

HATWELL, Y., 1966, *Privation sensorielle et intélligence*, Paris, PUF.

HENRY, P., 1948, *La vie des aveugles*, Paris, PUF.

HECAEN, H., 1972, *Neuropsychologie de la perception visuelle*, Paris, Masson.

HERRMANN, NED., 1992, *Les dominances cérébrales et la créativité*, Paris, Retz.

LABREGERE, A., 1968, „Aveugles et amblyopes”, în vol. *Les enfants et les adolescents inadaptés*, Paris, Ed. A. Colin.

LANG, J.L., 1993, „Articulation entre processus psychopathologiques et handicap”, în *Neuropsychiatrie de l'enfance*, nr. 41(10).

LEVY-SCHOEN, A., 1967, „Les mouvements oculaires d'exploration”, în *L'Année Psychologique*, 2, pp. 569-594.

* * * „Les enfants déficients visuels”, în *Les cahiers de l'enfance inadaptée*, nr. 4-5/1960.

MANOLESCU, D., 1959, *Oftalmologie,* Bucureşti, Editura Medicală.

MARCU, I., MANGROS, V., 1980, „Măsurători antropometrice la elevii nevăzători cu cecitate dobândită la vârste şi grade diferite”, în *Probleme de defectologie*, vol.X, EDP.

MASON, H., MCCALL, 1997, *Visual Impairment. Access to Education for Children and Young People"*, London, David Fulton Publishers.

NEVEANU, P.P., 1978, *Dicţionar de psihologie*, Bucureşti, Editura Albatros.

PIAGET, J., 1961, *Les mecansimes perceptif*, Paris, PUF.

PREDA, V., 1988, *Explorarea vizuală. Cercetări fundamentale şi aplicative*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică.

PREDA, V., ŞENDREA, L., CZIKER, R., 2002, „Evaluarea funcţionării vizuale şi a abilităţilor perceptive vizuale la copiii cu deficienţe vizuale”, în *Psihopedagogia intervenţiei timpurii la copiii cu deficienţe vizuale*, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujeană.

PREDA, VASILE, 2007, *Elemente de psihopedagogie specială*, Cluj-Napoca, Editura Eikon.

RAŢIU, E., 1970, *Tulburările motilităţii oculare*, Bucureşti, Editura Medicală.

ROSEL, J., CABALLER, A., JARA P., OLIVER J.C, „Verbalism in the Narrative Language of Children Who are Blind and Sighted”, in *Journal of Visual Impairment and Blindness*, iulie 2005, volumul 99, numărul 7.

ROTH W., 1973, *Tiflologia. Psihologia deficienţilor vizual*, Cluj-Napoca, Univ. Babeş-Bolyai.

ROZOREA, ANCA, 1997, „Deficienţa de vedere”, în *Psihopedagogie specială. Deficienţe senzoriale*, Bucureşti, Editura Pro Humanitate.

ROZOREA, ANCA, 1998, *Deficienţa de vedere – o perspectivă psihosocială şi psihoterapeutică*, Bucureşti, Editura Pro Humanitate.

ROZOREA, ANCA, 2003, *Deficienţele senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale, vol. I, Psihopedagogia deficienţilor de vedere,* Constanţa, Editura Ex Ponto.

ROZOREA, ANCA, 1994, „Reflexions sur les relations de la personne handicappée visuelle”, Annie Lerbier („Les Guides de France”) – traducere şi adaptare – "Deficienţii de vedere în relaţiile socio-umane" în *Litera noastră*, nr.1/1994.

ROZOREA, ANCA, 1995, *Tehnici terapeutice pentru compensarea deficienţelor asociate celei vizuale*, Bucureşti, I.N.S.S.P.H.

ROZOREA, ANCA, 1996, „Particularităţi şi modalităţi de optimizare a percepţiei vizuale la şcolarul mic ambliop”, Bucureşti, în revista *Recuperarea şi integrarea persoanelor cu handicap*, nr. 2/1996.

ROZOREA, ANCA, 1997, „Modalităţi de formare şi consolidare a reprezentărilor la şcolarul mic deficient de vedere”, Bucureşti, în revista *Recuperarea şi integrarea persoanelor cu handicap*, nr. 1/1997, pp. 22-29.

ROZOREA, ANCA şi colab., 1999, „Educarea respectului de sine - modalitate de compensare a personalităţii elevului ambliop", în revista *Societate şi handicap*, nr.1/1999, pp. 62-71.

ROZOREA, ANCA, 2007, „La dominance corticale et la défficience visuelle", volumul *Centenarul Psihologiei la Universitatea din Bucureşti*, partea a III-a, Bucureşti, Editura Universităţii din Bucureşti.

ROZOREA, ANCA şi colab., 2008, „Persoana cu deficienţe – între cunoaştere şi atitudini sociale", în Revista *Protecţia socială a copilului*, nr. 29-30/2008, editată de FICE – România, Bucureşti, Editura Universitară.

ROZOREA, ANCA, 2008, „Deficienţa vizuală şi creaţia (I)", în *Revista de Psihopedagogie*, nr.1/2008, Bucureşti, Editura Fundaţiei Humanitas.

ROZOREA, ANCA, 2008, „Deficienţa vizuală şi creaţia (II)", în *Revista de Psihopedagogie*, nr.2/2008, Bucureşti, Editura Fundaţiei Humanitas.

SOLCAN, R.M., 2000, *Introducere în filosofia minţii din perspectiva ştiinţei cogniţiei*, Bucureşti, Editura Universităţii din Bucureşti.

STAROBINSKI, J., 1961, *L'oeil vivant*, Paris, Ed. Gallimard.

STEINMAN,B.A., LEJEUNE, B.J., KIMBROUGH, B.T., „Developmental Stages of Reading Processes in Children who are Blind and Sighted", in *Journal of Visual Impairment and Blindness*, ianuarie 2006, vol.100, nr. 1.

ŞCHIOPU, URSULA, VERZA, E., 1997, *Psihologia vârstelor. Ciclurile vieţii*, Bucureşti, EDP.

ŞTEFAN, M., 1981, *Educarea copiilor cu vedere slabă. Ambliopi*, Bucureşti, E. D. P.

ŞTEFAN, M., 2000, *Psihopedagogia copiilor cu handicap de vedere*, Bucureşti, Editura Pro Humanitate.

TORRES, I., CORN, A., 1990, *When You have a Visually Handicapped Child in Your Classroom: Suggestions for Teachers*, New York, American Foundation for the Blind.

ULSTER, A., ANTLE, B.J., 2005, „In the Darkness There Can Be Light: A family's adaptation To a Child's Blindness", in *Journal Of Visual Impairment and Blindness*, volumul 99, numărul 4.

VARTAN, N.V., 1999, *Imaginea de sine*, Iaşi, Editura Polirom.

WEIHS TH., 1992, *Să-i ajutăm,iubindu-i*, Bucureşti, Ed. Humanitas.

WEIHS, TH. J., 1998, *Copilul cu nevoi speciale*, Cluj-Napoca, Editura Triade.

VERZA, E., 1995, *Psihopedagogie specială*, Bucureşti, EDP-RA.

VERZA, E., 1999, *Psihopedagogie specială*, Bucureşti, E D P.

ZAMFIRESCU-MĂRGESCU, F., MARIN, I., 1990, *Recuperarea bolnavilor oculari*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.

ZIMKINA, A.N., 1961, „Mecanismele generale şi speciale ale compensării funcţiilor distruse la om", în *Probleme de Pedagogie specială*, Bucureşti, EDP.

ZLATE, MIELU, 2004, *Eul şi personalitatea*, Bucureşti, Editura Trei.

CAPITOLUL IX
SPECIFICUL PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV ŞI RECUPERATIV ÎN DEFICIENŢA DE VĂZ

1. ORGANIZAREA INSTITUŢIILOR DE EDUCAŢIE ŞI RECUPERARE

Formele învăţământului pentru deficienţii de vedere şi modele educaţionale

În contextul schimbărilor profunde traversate de societatea românească postdecembristă, un loc important l-au ocupat şi îl ocupă şi „politicile" educaţionale în domeniul învăţământului pentru copiii cu diferite tipuri de deficienţe: senzoriale, fizice, mentale, psihocomportamentale, sociale.

În Hotărârea nr.1.251 a Guvernului României / 13octombrie 2005 (Anexa nr. 2 - Structura, organizarea, formele şi tipurile de instituţii) sunt prezentate unele măsuri de îmbunătăţire a activităţii de învăţare, instruire, compensare, recuperare şi protecţie specială a copiilor / elevilor / tinerilor cu cerinţe educative speciale, precum şi aspecte particulare ale personalului didactic din unităţile sistemului de „învăţământ special şi special integrat".

Cu referire strictă la deficienţii de vedere, remarcăm următoarele aspecte:

- ***învăţământul tiflopedagogic din România, special şi special integrat, face parte din sistemul naţional de învăţământ;***
- ***formele învăţământului (de zi) pentru deficienţii de vedere sunt***:
- grădiniţe speciale/ grupe de grădiniţă specială /preşcolari deficienţi de vedere integraţi în grădiniţe normale/grădiniţe pentru copiii cu surdocecitate organizate în şcolile speciale;
- şcoli speciale pentru toate tipurile şi gradele de deficienţă vizuală (în general, clase mixte cu copii ambliopi şi copii nevăzători şi clase pentru copiii cu deficienţe asociate), organizate în ciclul primar şi ciclul gimnazial / clase speciale compacte integrate în şcolile de masă / grupuri de elevi deficienţi vizual integraţi în şcolile de masă / elevi deficienţi vizual integraţi individual în şcolile de masă;
- licee speciale, cu diverse specializări din filiera teoretică (profil real: ştiinţele naturii, matematică, informatică şi profil umanist: limba română şi limbi străine, mai ales limba franceză şi limba engleză), şi din filiera tehnologică (tehnician în turism, fabricarea produselor din lemn, construcţii şi instalaţii publice) / elevi deficienţi vizual integraţi în clase liceale normale;

- centre sau grupuri şcolare speciale (care cuprind şcoli de arte şi meserii în care elevii sunt pregătiţi pentru meserii specifice pentru deficienţii de vedere: prelucrători mobilă, telefonişti, radiolelefonişti, acordori de instrumente muzicale, confecţioneri de perii şi mături, obiecte din nuiele, nasturi, ambalaje din carton etc.);
- clase/şcoli postliceale speciale (profil sanitar asistent medical cu specializarea balneo-fizio-kinetoterapie şi recuperare).

Înfiinţarea, desfiinţarea sau transformarea unor unităţi de învăţământ special se face în condiţiile legii, cu respectarea prevederilor stipulate de legislaţia internaţională în vigoare, referitoare la protecţia specială şi drepturile copilului cu cerinţe educative speciale, inclusiv cu deficienţe vizuale.

Învăţământul special şi special integrat pentru deficienţii de vedere cuprinde: învăţământ de zi, învăţământ cu scutire parţială de frecvenţă, şcolarizare la domiciliu.

Elevii au, în general, vârsta corespunzătoare grupei/clasei în care sunt integraţi, dar există şi unele excepţii, când vârsta elevilor este mai mare (în cazul elevilor deficienţi vizual depistaţi cu întârziere, şi, în consecinţă, şcolarizaţi mai târziu, în cazul repetării anului şcolar fie din motive performanţiale sub limita exigenţelor şcolare minimale, fie din motive medicale, în cazul unor deficienţe asociate grave etc.).

Conţinutul învăţământului special şi special integrat pentru dficienţii de vedere se reglementează prin: curriculum naţional pentru şcolile de masă adaptat, care cuprinde şi activităţi recuperator-compensatorii generale şi specifice / curriculum special pentru copiii cu deficienţe asociate/ curriculum individualizat (centrat pe elev)/metodologii, ghiduri şi îndrumătoare specifice, elaborate şi aprobate de Ministerul Educaţiei, Cercetării, Tineretului şi Sportului.

Planul-cadru al şcolilor speciale pentru deficienţi de vedere cuprinde, alături de ariile curriculare ale învăţământului de masă şi terapii specifice şi de compensare, terapie educaţională complexă şi integrată, terapie pentru copii cu deficienţe senzoriale multiple, terapii specifice pentru stimulare timpurie etc.; pentru clasele cu elevii cu deficienţe asociate grave se aplică planul-cadru pentru copiii cu surdocecitate.

Programele şcolare sunt, în majoritatea lor, programe ale învăţământului obligatoriu, fără modificări / programe şcolare specifice (pentru scris-citit Braille, pentru educaţie tehnologică, pentru informatică, pentru educaţie vizual-perceptivă, pentru desen tiflografic, pentru educaţie psihomotrică, pentru abreviaţie, pentru psihodiagnostic, consiliere psihologică şi orientare şcolară şi profesională, pentru orientare şi mobilitate, pentru stimulare şi training vizual, pentru intervenţie timpurie, pentru deficienţe senzoriale multiple, pentru kinetoterapie, pentru logopedie, pentru limbi moderne etc.).

Serviciile pentru deficienţii de vedere sunt: servicii instructiv-educative, diverse terapii specifice, programe de intervenţie individualizată, consiliere, orientare şcolară şi profesională, forme specializate de integrare socială, supraveghere şi managementul timpului liber, profilaxie şi terapie curativă medicală generală, oftalmologică şi stomatologică, acces permanent la computere şi internet, asigurarea de soft-uri specifice, acces la spaţii şi aparatură destinate practicării diverselor sporturi şi pregătirii fizice

generale, activităţi artistice şi ştiinţifice suplimentare prin cercuri, discipline opţionale, participare la olimpiade şi alte competiţii etc.

Educaţia specială (concept introdus în terinologia UNESCO în anul 1990) este adaptată copiilor care nu reuşesc să atingă în învăţare niveluri de performanţă şi de adaptare socială corespunzătoare vârstei, care vizează ***obiectivul fundamental*** de realizare a „cerinţelor educaţionale speciale", putând contribui astfel la egalizarea şanselor de viaţă şi educaţie ale deficienţilor vizual, la valorificarea în condiţii normale a potenţialului lor real senzorial-perceptiv, intelectual şi aptitudinal, la integrarea şcolară şi socială.

Educaţia specială presupune continuitate, sistematizare, coerenţă, rigoare şi accesibilizarea conţinuturilor printr-o metodologie adaptată la restanţele funcţionale ale copiilor, spre a asigura progresul în cunoaştere şi în formarea/consolidarea personalităţii acestora.

Conceptul de „educatie specială" a căpătat valenţe noi în urma Conferinţei Mondiale asupra Educaţiei Persoanelor cu Cerinţe Speciale de la Salamanca şi a Congresului Internaţional al Educaţiei Speciale, ocazii cu care s-a relevat necesitatea asigurării unui cadru conceptual şi de acţiune nou, pentru realizarea „educaţiei pentru toţi", concretizată în „şcoala incluzivă".

Educaţia integrată încearcă anularea ideii segregaţioniste a şcolilor speciale, vizând următoarele ***obiective:*** educarea copiilor cu deficienţă vizuală în şcoli obişnuite, alături de ceilalţi copii „normali", asigurarea unor servicii de specialitate (recuperare, terapie educaţională, consiliere şcolară, asistenţă medicală şi socială) în şcoala normală, care să asigure egalitatea reală de şanse la viaţa socială şi la educaţie, acordarea de sprijin personalului didactic, managerilor şcolii în procesul de proiectare şi aplicare a programelor de integrare, în asigurarea resurselor materiale (săli de clasă, cabinete, laboratoare, cabinete pentru activităţi specifice, bibliotecă sonoră, de tip „cartea vorbitoare", terenuri de sport etc.) şi umane optime, precum şi educarea unor relaţii de prietenie, de înţelegere şi acceptare a diferenţelor dintre copii, a comunicării sincere, a colaborării în toate tipurile de activităţi şcolare şi extraşcolare, în scopul eliminării excluderii, a marginalizării şi al acordării şi respectării drepturilor egale ale fiecărui copil cu deficienţă vizuală.

Modelele educaţionale ale învăţământului special şi special integrat actual pentru copii şi tinerii deficienţi de vedere sunt următoarele:

- ***modelul cooperării şcolii obişnuite cu şcoala specială*** – bazat pe coordonarea integrării şi a parteneriatului activ dintre cadrele didactice din cele două şcoli, care experimentează şi susţin un nou mod de desfăşurare a activităţilor didactice, pregătind împreună conţinutul activităţilor şcolare, adaptând materialele şi mijloacele de învăţare folosite în timpul orelor şi oferind un cadru confortabil tuturor elevilor din clasă; acest model are avantajul că permite valorificarea resurselor şi experienţelor deja existente în cele două tipuri de şcoli, fără a necesita cheltuieli suplimentare, precum şi realizarea, după activităţile didactice comune, a unor activităţi cu specific compensator, de recuperare / de consolidare a cunoştinţelor / de îmbogăţire intelectuală pentru elevii cu sau fără deficienţă care au astfel de nevoi suplimentare.

De asemenea, profesorii din școala specială beneficiază de o bază materială bogată, de modalități de predare-învățare-evaluare diversificate, de posibilități de predare mult mai largi, iar profesorii din școala obișnuită se pot informa asupra multiplelor aspecte legate de nevoile și posibilitățile reale ale unui elev cu deficiență vizuală, reducându-și astfel unele tendințe ale școlii „elitiste” și ale „elitismului” personal.

- ***modelul bazat pe organizarea unei clase speciale în școala obișnuită*** – bazat pe integrarea copiilor deficienți de vedere în clase speciale din școala obi□nuită, facilitându-se astfel, printr-o bună coordonare de către cadrele didactice și specialiști, o relaționare armonioasă între toți copiii, pe toată perioada activității comune, nu numai în recreații sau în activitățile comune de socializare, relaționare bazată pe funcționalizarea relației dintre procesul de intercunoaștere și cel de autocunoaștere, dintre procesul de „transparență” (acceptarea cunoașterii de către altul a propriei persoane) și cel de „transpătrundere” (inițierea cunoașterii celuilalt), „ștergerea” diferențelor dintre copiii normali și cei integrați / dintre clasele normale și cele integrate, precum și eliminarea riscului unor posibile conflicte sau neînțelegeri nejustificate.
- ***modelul bazat pe existența unui „centru” de instruire suplimentară, de resurse și consiliere pentru copiii deficienți de vedere, integrați individual în clase din școala normală*** – bazat pe ajutorul psihologului, al consilierului școlar, dar, mai ales, al profesorului de sprijin, care susține permanent elevii integrați în timpul activităților școlare, utilizând limbajul Braille și mijloace didactice specifice pentru deficienții de vedere.
- ***modelul itinerant*** – bazat pe integrarea a 2 – 3 elevi deficienți vizual într-o școală normală din raza domiciliului acestora, însoțiți și ajutați în timpul activităților școlare și la domiciliul propriu, de către profesorul itinerant, specializat în acest sens; după caz, profesorul itinerant poate acorda sprijin copiilor integrați în mai multe școli apropiate, precum și familiilor acestora, spre a le implica în aplicarea unor programe de învățare personalizate, în exersarea unor comportamente adaptative de către copii, la școală, acasă, în societate etc.

Educația incluzivă se desfășoară într-o școală în permanentă înnoire și adaptare la nevoile copiilor deficienți, inclusiv a acelor deficienți de vedere, nevoi în continuă schimbare, în funcție de vârstă, de evoluția deficienței, de procesul de maturizare și împlinire a pesonalității, o școală care exclude discriminarea, fiind o ***„școală pentru toți”***, deschisă diversității și maximei toleranțe (referitoare la diferențele fizice, psihice, lingvistice, socio-culturale, de rasă, de religie, de nivel de aspirație și de realizare etc.), atât a copiilor, cât și a profesorilor, educatorilor și părinților; ***starea de deficiență*** (inclusiv vizuală) face parte din existența umană, fiind ***una dintre cele mai puternice provocări în acceptarea diversității***, deoarece limitele sale sunt foarte flexibile, orice persoană fiind pasibilă, în împrejurări nefericite, boli, accidente etc., să traverseze o astfel de stare potențială.

Educația incluzivă se sprijină pe o cultură, pe politici educaționale și pe practici de tip incluziv și are la bază principii generoase, precum: principiul prevenirii deficiențelor și handicapului, principiul egalizării șanselor de acces la toate formele și gradele de învățământ, principiul adaptării educației la cerințele individuale ale fiecărui copil cu deficiență de vedere, principiul intervenției timpurii (pentru facilitarea dezvoltării

senzoriale, motorii, cognitive, verbale şi pentru preîntâmpinarea unor stagnări sau regrese în dezvoltare, care, oricum, este marcată de deficienţa vizuală), principiul participării largi a comunităţii locale la rezolvarea problemelor educaţiei speciale, principiul structurilor alternative de învăţare etc.

Un exemplu de „bune practici“ în acest sens îl reprezintă activitatea desfăşurată la Centrul şcolar pentru educaţie incluzivă „Paul Popescu Neveanu“ din Timişoara, în care sunt şcolarizaţi copii cu deficienţă mintală (cu vârste între 3–7 ani), copii cu deficienţe asociate, copii autişti, copii cu sindromul Langdon Down, copii cu retard motor, copii cu ADHD, copii cu tulburări de limbaj, copii cu tulburări socio-afective şi comportamentale, copii cu tulburări instrumentale, copii cu dificultăţi de învăţare, pentru fiecare aplicându-se programe adecvate în scopul recuperării lor.

Includerea unui copil deficient vizual într-o formă a şcolii incluzive presupune, în primul rând acceptul personal şi/sau al familiei acestuia, dar şi o pregătire specială, prealabilă integrării, care să favorizeze achiziţia unor cunoştinţe elementare şi exersarea deprinderilor instrumentale fundamentale, condiţii pentru însuşirea ulterioară a cunoştinţelor corespunzătoare programelor şcolare comune.

De asemenea, un rol important îl joacă ***Proiectul personalizat*** de integrare în şcoală, care include informaţii multidisciplinare despre copil, rezultatele evaluării iniţiale a situaţiei acestuia, planul de intervenţie personalizat şi rapoarte care reflectă evoluţia copilului. Managerul de caz realizează nu numai aspectele formale ale acestuia, ci şi colaborarea interdisciplinară între factorii care participă la conceperea şi aplicarea acestuia. Acest document facilitează legătura dintre serviciile de protecţie a copilului şi şcoală şi asigură antrenarea responsabilă şi complementară a profesioniştilor din sistem, a directorului de şcoală şi a cadrelor didactice, a familiei şi a copilului însuşi.

Procesul integrării educaţionale a copiilor cu deficienţe de vedere presupune elaborarea şi aplicarea unui Plan de intervenţie personalizat, centrat pe folosirea unor modalităţi efciente de adaptare a curriculum-ului şi pe diversificarea ofertelor de învăţare în cadrul lecţiilor, precum şi pe o asistenţă psihopedagogică şi medicală de specialitate, pe toată durata şcolarizării, pentru preîntâmpinarea fenomenelor de inadaptare şcolară.

Un element fundamental, de care trebuie să se ţină seama la ***proiectarea curriculum-ului şi a activităţilor specifice destinate elevilor cu deficienţă de vedere,*** este reprezentat de natura, tipul, gradul şi evoluţia deficienţei. De aceea, proiectarea acestora va fi precedată de ***evaluarea predictivă şi formativă a rezultatelor intervenţiilor educative şi corectiv compensatorii***, adică de estimarea a ceea ce este posibil şi realizabil în raport cu natura, gradul şi dinamica probabilă a deficienţei de vedere, determinarea sferelor psihofizice şi sociale şi a priorităţii intervenţiilor specifice personalizate/ individualizate, corelarea lor permanentă cu diagnosticul formativ dinamic şi cu durata temporală necesară pentru atingerea obiectivelor (***intervenţii proactive,*** care urmăresc reducerea, în timp, a frecvenţei şi intensităţii manifestărilor indezirabile şi a dereglărilor într-o sferă sau alta, aşa cum sunt, de exemplu, strategiile „ecologice”, programele educative şi corectiv-compensatorii şi terapia cognitiv-comportamentală şi ***intervenţii reactive,*** prin care se consolidează şi se generalizează achiziţiile noi în diverse contexte, prin programe individualizate, în diferite perioade de timp ale procesului educativ şi corectiv compensator).

Foarte utile sunt proiectele „ecologice", care au la bază diagnosticul formativ dinamic şi prognosticul, cooperarea cu familia, intervenţiile personalizate, evaluarea periodică pentru identificarea curbei progresului etc.

În şcoala incluzivă, contactele copiilor deficienţi vizual cu ceilalţi copii trebuie să fie organizate sistematic spre a stimula nu numai relaţionarea şi comunicarea, ci şi activităţile în colaborare şi stilul de viaţă „în comunitate", implicarea lor în rezolvarea unor probleme spre a învăţa să asculte, să negocieze şi să accepte părerea celuilalt, indiferent de statutul sau rolul pe care îl are.

În timpul programului şcolar, personalul didactic şi de specialitate se implică direct în susţinerea pe toate căile a integrării maximale a elevilor cu deficienţă de vedere.

În general, profesorii care sunt selecţionaţi pentru activitate didactică în şcoala incluzivă trebuie să dovedească şi să activeze o serie de ***calităţi personale*** (competenţă profesională de specialitate şi pregătire solidă psihopedagogică, înaltă responsabilizare, toleranţă, spirit de echipă şi colaborare, dorinţă de autoperfecţionare profesională în condiţiile educaţiei integrate şi ale şcolii incluzive, flexibilitate mentală şi comportamentală, creativitate, afecţiune şi încredere în sine şi în copiii cu care lucrează, atitudini constructive, realiste şi obiective în privinţa copiilor, respect faţă de demnitatea copilului etc.), dar şi ***strategii de proiectare a unor obiective diversificate şi adaptate, de predare-învăţare-evaluare eficiente, flexibile, novatoare, motivante pentru fiecare tip de elev***, asfel încât să asigure reuşita şcolară şi succesul tuturor, bineînţeles, în limitele deficienţei de vedere proprii.

În cazul elevilor cu diferite deficienţe de vedere, se remarcă, de multe ori, ***o „sub-realizare şcolară"***; aceasta nu echivalează neapărat cu eşecul şcolar, ci mai mult cu insuccesul şcolar (evaluat în funcţie de nivelul mediu de performanţă pentru categoria respectivă de deficienţă şi de vârstă) şi materializat fie prin nerealizarea sarcinilor şcolare la diferite discipline de studiu, fie prin neatingerea „cotelor personale ale performanţei", raportate la potenţialul funcţional (limitat, însă, de deficienţa vizuală, în plan senzorial, motric, intelectual, psihocomportamental sau social).

„Sub-realizarea şcolară" a elevilor deficienţi vizual se poate manifesta nu numai în plan cognitiv (nivelurile scăzute de competenţă ale elevului în realizarea sarcinilor şcolare, materializate în rezultate/note mediocre la probe de evaluare, lucrări practice, examene, concursuri, care pot conduce, prin repetare, spre corigenţe, repetenţie, abandon şcolar, cu unele consecinţe destul de grave, uneori), ci şi în planul adaptării elevului la exigenţele normative ale şcolii (la disciplina activităţii şcolare, la rigorile vieţii în grupul de elevi, la cerinţele şi stilurile educative diferite ale profesorilor şi nu în ultimul rând, la activitatea proprie de învăţare).

În etiologia „sub-realizării şcolare" se identifică nu numai factori personali, ci şi o multitudine de factori cauzali obiectivi, care ţin de sistemul şcolar, de strategiile didactice, de contextul socio-familial, de personalitatea profesorului etc.

Factorii etiologici ai acestui fenomen sunt destul de dificil de identificat şi mai ales de prevenit, deoarece, prin natura lui, orice insucces este, în primul rând, o „problemă" individuală, cu multe aspecte ce ţin de propria structură psihică, de propria personalitate, de propria capacitate adaptativă, de ritmurile proprii de învăţare, de potenţialul intelectual, operaţional, reglatoriu propriu.

Unul din factorii etiologici personali în cazul elevilor cu deficiență vizuală este reprezentat de deficiența însăși, determinată de unele boli/leziuni/malformații/ defecte organice, fizice, neurologice, care atrag după ele dereglări funcționale, cu reflex în sfera perceptivă, psihomotrică, intelectuală, psiho-afectivă, psiho-comportamentală, cu consecințe majore și asupra învățării.

Consecințele deficienței vizuale în plan psihologic, unele dintre acestea fiind concluzii ale unor cercetări personale (**Rozorea, Anca**, 2004), ***sunt în egală măsură factori etiologici ai subrealizării școlare***, cu ponderi și influențe diferențiate în funcție de tipul, natura, evoluția, gradul de compensare a deficienței vizuale sau a deficiențelor asociate:

- ***tulburări în sfera perceptivă și a reprezentărilor*** (afectarea procesualității diferitelor etape ale modalității perceptiv-vizuale, erori/iluzii vizuale, fond sărac, lacunar și deformat de reprezentări);
- ***tulburări în sfera psihomotrică*** (uniformitatea și limitarea mișcărilor, lentoare, inerție, lipsă de expansivitate, dificultăți de orientare spațială și mobilitate, lipsa de coordonare psihomotrică, toate acestea impietând asupra activităților practice și asupra învățării/exersării scris-cititului etc.);
- ***tulburări în plan cognitiv și operațional*** (concretismul excesiv al gândirii, insuficiențe la nivelul operativității gândirii, mai ales a celei logico-abstracte, absența unui mod dialectic de gândire prin argumentare pro și contra, capacitatea redusă de relaționare și transfer a informațiilor, inabilitatea de a-și dezvolta în mod autonom strategii de mediere a învățării);
- ***tulburări în planul limbajului și al comunicării*** (dificultăți în formarea abilităților verbo-motorii, mai ales dacă deficiența vizuală este asociată cu tulburări de limbaj, dificultăți de receptare și înțelegere a limbajului, capacitatea redusă de operare cu simbolurile verbale și cu formele stilistice ale limbajului);
- ***dereglări în sfera afectiv-emoțională*** (labilitate sau instabilitate afectiv-emoțională, sugestibilitate, hipersensibilitate);
- ***tulburări în planul proceselor reglatorii*** (motivație scăzută pentru orice activitate, inclusiv pentru învățarea școlară, autocontrol și mobilizare voluntară scăzute, lipsa perseverenței etc.);
- ***dereglări în sfera relațional-valorică*** (maturizare socială întârziată și receptivitate scăzută la influențele psihosociale, dificultăți de relaționare, capacitate redusă de apreciere și de autoapreciere);
- ***tulburări în plan psiho-comportamental*** (hiperexcitabilitate, irascibilitate, impulsivitate, comportamente dezadaptative și indezirabile social etc.).

Unele dintre aceste consecințe nu sunt generalizabile la modul absolut și nici unilateral determinate de deficiență, existând în acest sens un determinism multifactorial.

Mediul familial poate genera, susține sau amplifica „sub-realizarea școlară" a elevilor deficienți vizual, printr-o serie de atitudini și comportamente neadecvate față de

copil (respingerea, ostilitatea sau izolarea copilului de către părinţi, sub sau supraprotecţia, expectanţele nerealiste faţă de performanţele copilului la învăţătură, lipsa încurajării şi a suportului afectiv, atitudini excesiv de restrictive şi severe, standard economic şi cultural precar, climat socio-familial carenţat pe plan afectiv şi axiologic etc.).

Mediul şcolar şi chiar unii dintre factorii educativi, prin deficienţele privind resursele şcolare şi managementul general al şcolii, prin stilurile didactice neadecvate, care conduc spre suprasolicitarea intelectuală şi psihonervoasă a elevilor, prin mărimea şi eterogenitatea prea mare a clasei de elevi, prin nerespectarea ritmurilor individuale de învăţare ale elevilor, prin lipsa raportării afective şi empatice, prin insuficienta sau absenta cunoaştere a particularităţilor psihoindividuale ale elevilor, prin atitudinile restrictive, represive, ostile, excesiv de autoritare etc. pot deveni factori cu mare probabilitate de a produce la elevi respingerea ideii de învăţare şcolară şi mai ales de eşec şcolar, care, repetat, atrage după sine fobia de şcoală şi abandonul şcolar.

Unul din factorii cu impact negativ asupra învăţării şi reuşitei şcolare, mai ales în cazul deficienţilor de vedere, este constituit de ***fenomenele iatrogenice din actul educaţional*** (termen din domeniul medical, iatrogenia înseamnă inducere / agravare a unei boli / simptom / traumă prin sugestie, pe cale psihogenă, de către medic).

Cu referire la efectele iatrogenice în plan educaţional, mai ales în cazul elevilor cu deficienţe vizuale, acestea se pot manifesta prin „iatrogenia de comunicare" (predarea sofisticată şi neinteligibilă a cunoştinţelor, folosirea excesivă a neologismelor şi a termenilor de specialitate neexplicitaţi, „logoreea" profesorului, stilul neclar, echivoc, nenuanţat, cu incorectitudini logice şi gramaticale etc.), prin inducerea demobilizării şi deconcertării elevului prin îngrădirea libertăţii de gândire, prin sancţionarea iniţiativei şi nevalorizarea experienţei personale, a intuiţiei, a ideilor originale, prin accentuarea segregării negative, prin supraestimarea a ceea ce „e diferit", a ceea ce nu poate să ştie, să înţeleagă, să facă, să rezolve elevul, prin etichetare, violenţă verbală sau psihologică, prin lipsa toleranţei, prin evaluarea doar a aspectelor negative ale activităţii elevului, prin accentuarea scăderi încrederii în sine a elevului, prin nevalorizarea progresului personal, nici chiar în sferele în care acesta se poate înregistra, ca de exemplu obţinerea autonomiei personale, operarea în plan concret, achiziţionarea unor comportamente adaptative, prin evaluarea elevului doar prin raportarea la grup sau clasă, la standarde de performanţă medii sau supramedii şi nu la propriile lui performanţe, în momente diferite de timp, spre a-i marca progresul, prin accentuarea unor sentimente de inferioritate ale elevilor, a anxietăţii, a distorsionării imaginii de sine şi a capacităţii de apreciere şi autoapreciere ale acestora etc. (**Rozorea, Anca**, 2008).

Nu în ultimul rând, în etiologia „sub-realizării" şcolare se regăsesc şi ***defecţiuni ale contextului social general în care se integrează şi educaţia***, în care valoarea şi importanţa instituţiei şcolare este subestimată, consecinţa în planul elevului fiind insuccesul şcolar, profesional şi social.

O viziune pozitivă şi acceptarea elevilor cu diferite deficienţe vizuale, cu calităţile şi defectele lor, le sporesc încrederea, bazată pe acceptarea de sine şi motivaţia pentru activitatea de învăţare, dezvoltându-le competenţe şcolare şi adaptative şi transformându-i pe ei înşişi în agenţi ai prevenirii propriului eşec şcolar; astfel, se

realizează condiţiile pentru o integrare şcolară optimă şi perspectiva unei integrări psihosociale reale şi eficiente pentru copiii cu deficienţe.

Un alt demers important în prevenirea eşecului şcolar îl constituie crearea unor situaţii speciale de învăţare favorabile obţinerii succesului de către elevii cu dificultăţi şcolare, deoarece succesul şi recompensa contribuie la dezvoltarea iniţiativei şi a plăcerii de a învăţa şi cresc încrederea în propriile posibilităţi şi reuşite.

Este importantă, de asemenea, corectarea timpurie a comportamentelor dezadaptative, precum şi identificarea tulburărilor de învăţare sau de adaptare şcolară.

Paradigmele educaţionale ale societăţii postmoderne, valorifică astfel de experienţe şi modele educaţionale, generalizând „bunele practici" care pot contribui la inovarea activităţii didactice, accentuând mai ales ideea de conexiune, de viziune interdisciplinară, de „tehnică a învăţării" (a învăţa să înveţi), de respectare a ritmurilor proprii de învăţare ale elevilor deficienţi de vedere, de acceptare tolerantă şi de valorificare a „diferenţelor" în planul opiniilor, comportamentelor, opţiunilor valorice, experienţelor personale, potenţialităţilor ce pot fi actualizate, a limitelor personale ale elevilor, ce pot fi depăşite.

Din această perspectivă, profesorul şi elevul trebuie să dezvolte un parteneriat activ, responsabil şi loial, cu efecte benefice în planul dezvoltării personalităţii în formare a acestuia, pe diferite paliere de vârstă şi de instrucţie şcolară.

Astfel concepute şi aplicate, paradigmele educaţionale actuale au mult mai multe şanse de a anihila factorii generatori de „subdezvoltare şcolară" sau chiar de eşec şcolar al elevilor deficienţi de vedere şi nu numai, de a preveni şi a elimina, pe cât posibil, astfel de fenomene.

Deschiderea şcolii faţă de cerinţele tuturor categoriilor de copii şi ale comunităţii îi conferă rolul de componentă fundamentală a sistemului social, capabilă să răspundă concret imperativelor de moment ale evoluţiei societăţii actuale, adică valorizării şi acceptării fiecărei persoane şi oferirea unui cadru integrator optim şi formativ.

Particularităţile procesului instructiv-educativ în cazul elevilor deficienţi de vedere

Deficienţa de vedere, prin consecinţele ei pe toate planurile implicate în asimilarea cunoştinţelor în şcoală, fie ea specială sau integrată, ***imprimă unele note caracteristice procesului instructiv - educativ şi învăţării şcolare***.

Învăţarea şcolară, realizată prin procesul de învăţământ tiflopedagogic presupune, ca prerogativ important al reformei actuale, dezvoltarea creativităţii elevilor deficienţi vizual printr-o strategie instructiv-educativă adecvată conţinutului informaţional, selecţionat şi structurat din cele mai noi achiziţii ale ştiinţelor realiste şi umaniste şi sistematizat în documentele şcolare folosite în procesul de predare-învăţare.

Obiectivele importante ale proiectării conţinutului procesului de învăţământ tiflopedagogic actual sunt:

- valorificarea informaţiilor din creaţia umană universală şi naţională (valori ştiinţifice, tehnice, cultural-artistice, socio-morale);
- stimularea şi dezvoltarea potenţialului creativ al fiecărui elev.

Selecţionarea conţinutului informaţional se realizează prin unificarea unor criterii care contribuie la constituirea obiectelor de învăţământ şi implicit a documentelor şcolare (planul de învăţământ fiind, cel puţin în trunchiul comun de discipline, similar cu acela pentru învăţământul normal) şi anume:

- ***criterii filosofice*** - conforme cu imperativele socio-umane ale educaţiei;
- ***criterii ştiinţifice*** - în concordanţă cu dezvoltarea impetuoasă a ştiinţelor în această eră în care operarea pe computer face parte din „alfabetizarea" omului mileniului III;
- ***criterii psihologice*** - conţinutul informaţional trebuind să fie structurat din punct de vedere al complexităţii, dificultăţii şi inteligibilităţii, în funcţie de devenirea psihică stadială, de particularităţile individuale şi de vârstă, de experienţa de viaţă şi de cunoaştere, pentru ca asimilarea cunoştinţelor tot mai complexe şi abstracte să se realizeze ca un proces natural, în care elevul participă ca subiect activ la propria lui formare şi devenire;
- ***criterii pedagogice*** – în conformitate cu care structurarea conţinutului informaţional de-a lungul şcolarităţii trebuie să asigure nu numai continuitatea informaţiilor, ci şi interdisciplinaritatea lor, stimulând capacitatea tot mai mare de asimilare şi învăţare a elevului, de transfer a cunoştinţelor şi de aplicare a lor în viaţă şi activitate.

Principiul „reuşitei tuturor" al „şcolii incluzive" marchează şi reforma învăţământului tiflopedagogic românesc, pe baza lui încercându-se eliminarea rămânerii în urmă la învăţătură, a „subrealizării şcolare", egalizarea şanselor de instrucţie şi educaţie, învăţarea eficientă bazată pe o motivaţie intrinsecă şi pe satisfacţia învăţării, un „model instrucţional" bazat pe dirijarea nemijlocită a mecanismelor de învăţare.

Asigurarea „normalităţii psihice" şi a „homeostaziei psihosociale" sunt realizate din perspectiva pedagogiei curative, a actului educaţional terapeutic, prin care se asigură nu numai obiectivele prioritare ale învăţământului, ci mai ales procesul de adaptare şi integrare normală şi eficientă, prin valorificarea maximală a restanţelor funcţional-organice şi a trăsăturilor pozitive ale personalităţii.

Procesul instructiv-educativ pentru elevii deficienţi de vedere este structurat pe aceleaşi componente ca şi învăţământul obişnuit (aşa cum reiese din schema care urmează).

Idealul educaţional este determinat de cerinţele de progres social, de legislaţia actuală în privinţa protecţiei sociale şi a recuperării deficienţilor de vedere şi de necesitatea ancorării lor în viaţa socio-profesională ca personalităţi creatoare de valori, în limitele impuse de deficienţă şi particularizat prin două scopuri exprese:

- dezvoltarea integrală, echilibrată, dinamică şi creatoare a elevilor deficienţi de vedere;
- participarea activă a deficienţilor de vedere la propria lor restructurare, în efortul educaţional terapeutic de redresare a eficienţei intelectuale, a readaptării socio-afective, a restructurării personalităţii şi comportamentului.

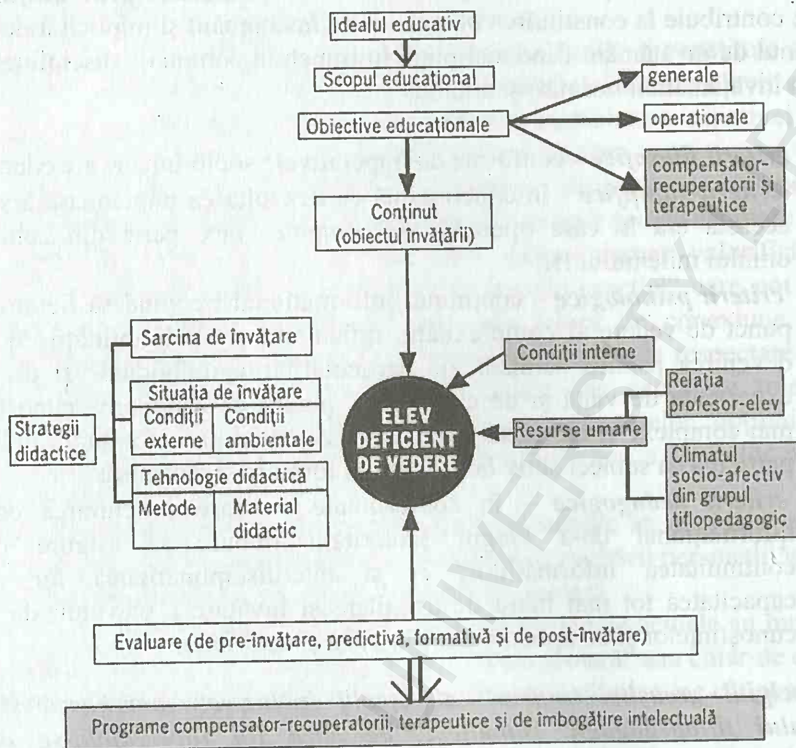


Fig. 1. **Procesul de învățământ tiflopedagogic**

Obiectivele educaționale generale sunt:

- *informative*: pregătirea de cultură generală: științifică, tehnică, cultural-artistică și pregătire practică;
- *formative*: dezvoltarea deprinderilor de viață cotidiană (autoservire și autonomie personală), a deprinderilor de activitate intelectuală, a capacităților de muncă independentă, a deprinderilor de aplicare a cunoștințelor în practică, formarea independenței sociale și vocaționale.

Obiectivele compensator-recuperatorii și terapeutice constau în:

- valorificarea maximală a restanțelor funcțional-organice vizuale;
- folosirea eficientă a modalităților senzoriale valide - compensare polisenzorială;
- antrenarea altor mecanisme compensatorii și dezvoltarea eficienței vizuale;
- asigurarea normalității psihice și a homeostaziei psihosociale în scopul unei optime adaptări și integrări socio-profesionale.

Obiectivele operaționale – ca reflectare anticipată a rezultatului învățării ce se produce într-o secvență educațională, particularizează scopul finalist și teleologic al educației și instrucției în termeni comportamentali, de „achiziție" prin învățare, de performanță individuală.

Obiectivele operaţionale sunt individualizate în funcţie de natura sarcinii, de etapa de învăţare şi de dezvoltare, de natura deficienţei vizuale, de ansamblul particularităţilor fiziologice, psihice şi sociale ale deficientului de vedere, motiv pentru care s-au elaborat taxonomii ale obiectivelor educaţionale (B. S. Bloom, D. R. Krathwohl, A. Harrow) adaptate şi pentru învăţământul tiflopedagogic, pe domenii de activitate (senzorial, psihomotor, cognitiv, afectiv, social).

Conţinutul este diferenţiat în funcţie de treptele, tipurile şi profilele de şcolaritate ale învăţământului tiflopedagogic.

Obiectul de învăţământ este rezultatul transpunerii cunoştinţelor dintr-un sistem ştiinţific (logica ştiinţei) sau din domenii ale artei şi culturii într-unul didactic (logica didactică) prin selectarea lor pe baza unor criterii logice, psihologice şi pedagogice.

Sistemul cunoştinţelor ştiinţifice şi pedagogice şi al componentelor tuturor tipurilor de învăţare este transformat în ***„obiect al învăţării“***, care materializează conţinutul disciplinelor teoretice şi practice şi al activităţilor formative şi terapeutic-recuperatorii, focalizând procesele senzoriale, mentale şi motivaţionale ale celui care învaţă în jurul anumitor dominante informaţionale şi operaţionale ale cunoştinţelor.

Laturile de conţinut ale obiectului învăţării au fost elaborate şi structurate procesual, prin activitate, gândire, creaţie, determinând astfel asimilarea activă şi productivă, redescoperirea informaţiilor de către elevi şi dovedind astfel natura acţională a învăţării.

Conţinutul şi structura obiectelor din învăţământul pentru deficienţii de vedere sunt eşalonate în timp, de-a lungul anului şcolar, prin ***planurile şi programele şcolare,*** elaborate după structura celor din învăţământul normal; pentru ciclul primar programele sunt structurate modular, pe blocuri de conţinut informaţional, prezentând astfel o mai mare supleţe şi flexibilitate în predare-învăţare.

Manualele şcolare sunt cele din învăţământul normal pentru cea mai mare parte a disciplinelor de învăţământ, căpătând un anumit specific (mai ales cele pentru ciclul primar) prin forma şi mărimea literelor, prin structurarea în pagină, prin coloritul imaginilor, sau, în cazul celor pentru nevăzători, prin elaborarea lor în scriere Braille şi prin imaginile tiflografice.

Pentru producerea învăţării (rezolvarea sarcinii de învăţare materializată în obiectivele operaţionale) este nevoie de o ***strategie didactică*** adecvată, de asigurarea celor două tipuri de condiţii: interne şi externe, ale ***„situaţiei de învăţare“*** (R. Gagné):

Condiţiile interne – dezvoltate ierarhic, sunt reprezentate de capacităţile (competenţele) prealabile, de structurile cognitive şi operaţionale, de noţiunile şi informaţiile însuşite anterior, care facilitează o nouă învăţare

Condiţiile externe sunt independente de subiectul care învaţă, fiind tot atât de variate câte categorii sau tipuri de evenimente de învăţare apar

Condiţiile ambientale şi materiale din şcolile pentru deficienţii de vedere trebuie să asigure folosirea optimă a posibilităţilor vizuale, dezvoltarea eficienţei vederii şi ocrotirea vederii restante. Un mare rol îl joacă în acest sens iluminatul corespunzător (lumina naturală sau folosirea lămpilor individuale reglabile). Sunt necesare forme adecvate de mobilier, bănci individuale cu reglarea direcţiei şi a înălţimii scaunelor, cu înclinarea cu 30° a pupitrelor, pentru asigurarea stabilităţii rechizitelor pe pupitre. Interiorul încăperilor trebuie să faciliteze procesul de individualizare a învăţării şi să

creeze sentimentul de securitate şi uşurinţă în orientare şi mobilitate (mai ales pentru nevăzători).

Tehnologia didactică se particularizează în funcţie de obiectul de învăţământ, de obiectivele generale, operaţionale şi recuperatorii urmărite, de tipul lecţiei şi nu în ultimul rând de specificul deficienţei de vedere.

Trebuie asigurată asimilarea cunoştinţelor, formarea deprinderilor şi capacităţilor, modelarea personalităţii printr-o metodologie adecvată, diversificată şi individualizată care să asigure progresul în învăţare şi activitatea intelectuală a elevului, dar şi controlul deliberat al profesorului privind stabilitatea achiziţiilor cognitive ale elevului.

În general, metodele îmbină caracterul frontal cu cerinţa individualizării şi sunt direcţionate în funcţie de unele condiţii:

- protecţia vizuală şi/sau exercitarea funcţiei vizuale, după caz;
- alternarea raţională a exersării vizuale cu activitatea verbal-auditivă, cu compensarea polisenzorială şi cu activitatea grafică (teme scrise puţine);
- dirijarea şi controlul activităţii de învăţare, fără a exclude activismul, iniţiativa şi creativitatea elevului;
- gradarea sarcinilor;
- consolidarea învăţării prin orele de terapie cognitivă, împreună cu educatorii;
- respectarea ritmului individual de lucru al fiecărui elev (mult mai lent);
- realizarea legăturii dintre teoretic-abstract şi aplicarea practică concretă.

Trebuie realizată o distribuţie judicioasă între metodele expozitive (de predare) şi metodele de verificare (evaluare), între metodele algoritmice şi cele euristice, între cele reproductive şi cele productive, între metodele verbale şi cele bazate pe activitatea grafică sau practică, între argumentarea logică şi fructificarea intuiţiei proprii acestor elevi.

Un rol important în asigurarea eficienţei învăţării îl joacă materialul didactic, instrumentele optice de corectare şi optimizare a vederii (ochelari, proteze oculare, lupe, telelupe, teleochelari), care, însă, trebuie folosite după prescripţiile medicului oftalmolog, spre a nu face deservicii vederii restante).

Manualele, mai ales cele pentru ciclul primar, sunt concepute cu caractere tipografice şi imagini mai mari, ca şi spaţiile dintre cuvinte (şi chiar litere), cu imagini cu număr redus de detalii, concentrate asupra esenţialului, cu contururi şi contraste accentuate, cu un colorit specific (fie contrastul maxim alb/negru, fie portocaliu sau verde), cu o dispoziţie în pagină care să poată fi cuprinsă în câmpul vizual îngustat.

Elevii ambliopi învaţă în sistem obişnuit (scriere alb-negru), folosesc caiete speciale, cu spaţiile şi liniatura bine marcate şi cu distanţe diferite între rânduri şi instrumente de scris speciale care permit marcarea accentuată a literei, iar elevii nevăzători folosesc manuale scrise în Braille, cu imagini tiflografice, iar pentru scris caiete speciale cu foi mai groase şi mai consistente, tip manila, pentru punctator sau dactilografiere; cititul se realizează pe baza imaginilor tactile ale literelor, iar scrisul, mai dificil, pe baza schemelor motorii.

Tiflografia, adică desenul special în relief joacă un rol tot atât de important ca şi scris-cititul Braille în cazul deficienţelor de vedere grave şi mai ales în cazul nevăzătorilor, cu aplicare la aproape toate obiectele de învăţământ, susţinând

cunoaşterea senzorială şi cea generalizată abstractă (diagramele tactile şi imaginile tiflografice se realizează cu ajutorul termoformei , un fel de aparat de copiat în relief).

Un rol important îl are şi tiflotehnica, folosindu-se materiale precum: cutia de aritmetică (pentru învăţarea numeraţiei până la 100, a tablei înmulţirii, a celor patru operaţii, a progresiei aritmetice şi geometrice), cutia cu figuri geometrice, cutia de compunere pentru învăţarea scris-cititului Braille, aparatul de chimie (cu simbolurile elementelor în Braille şi liniile de valenţă), instrumentarul de desen KX3 pentru trasarea de linii şi puncte în orice poziţie.

În general, se foloseşte ***material didactic individualizat*** ca mărime, culoare, contrast, contur, sub forma: figurilor şi corpurilor geometrice, a machetelor, mulajelor, modelelor, schemelor, planşelor, a fişelor de lucru diferenţiate ca dificultate şi complexitate, material care permite utilizarea vederii, dar şi a celorlalţi analizatori valizi în scop compensator.

Materialele auxiliarele pentru predarea diferitelor discipline sunt adaptate pentru a contribui la accesibilizarea informaţiilor predate (hărţi geografice şi istorice în relief, globuri şi planigloburi, scheme şi materiale tridimensionale pentru fizică şi chimie, figuri geometrice, planşe anatomice, zoologice, botanice, soft-uri de lucru specifice deficienţilor de vedere, soft-uri pentru mărirea imaginii sau pentru sinteză vocală etc.).

Un rol important în facilitarea învăţării îl are computerul, mai ales acela adaptat pentru nevăzători prin dotarea cu placă Braille şi cu sinteză vocală, acestea permiţând receptarea şi asimilarea informaţiilor în mod independent.

Calculatorul permite realizarea comunicării scrise, corespondenţa, informarea etc., oferind şi un spectru mai larg de meserii pe care nevăzătorul să le poată exercita (secretar, avocat, administrator, manager de mici afaceri etc.),

Particularităţi ale învăţării la deficienţii de vedere

Învăţarea şcolară în cazul deficientului de vedere are anumite particularităţi, generate de particularităţile lui fiziologice şi psihice, consecinţe ale deficienţei vizuale, precum şi de modul în care acţionează mecanismele şi factorii compensatori.

Ţinând cont de particularităţile pe care ambliopia şi cecitatea le imprimă proceselor psihice şi personalităţii în ansamblu, care sunt antrenate, prin conştientizare şi intenţionalitate, spre a susţine valenţele compensării, este lesne de înţeles de ce procesul instructiv-educativ şi însăşi învăţarea şi acţiunea de însuşire a cunoştinţelor şi priceperilor sunt specifice, nuanţate în funcţie de caracteristicile elevului deficient de vedere.

Deficienţa de vedere poate produce distorsiuni atât în recepţia, cât mai ales în prelucrarea informaţiilor.

Pentru elevul deficient de vedere, învăţarea şcolară reprezintă modalitatea fundamentală de achiziţionare a cunoştinţelor şi deprinderilor, având valenţe informative şi formative, constructive şi ameliorative, motivaţionale şi reglatorii, precum şi rol în dobândirea experienţei de viaţă care să-i permită o adaptare optimă la condiţiile în continuă schimbare ale societăţii actuale.

Elevii deficienţi de vedere au o experienţă cognitivă şi acţională destul de limitată, impregnată de cunoştinţe empirice fragmentare, superficiale şi uneori eronate, determinate de consecinţele deficienţei de vedere asupra proceselor de cunoaştere.

Abordarea psihologică a învăţării şcolare presupune descoperirea şi explicarea modului prin care cunoştinţele, priceperile şi deprinderile se transformă, dintr-un act prescris, normativ, în fapt psihologic concret, în achiziţie a personalităţii, abordare multilaterală care corelează premisele ereditare cu mecanismele neurofiziologice şi cu condiţionarea socioculturală.

Fără a fi marcaţi de „vâscozitatea genetică" şi de „proxima dezvoltare" extrem de limitată ca în cazul deficientului de intelect, totuşi deficienţii de vedere sunt marcaţi, în procesul de învăţare, de consecinţele deficienţei lor, care au fost deja prezentate într-un capitol anterior; de asemenea, capacitatea modestă de învăţare, în multe cazuri, este şi consecinţa nivelului de aspiraţie şcolară şi profesională redus şi circumscris.

Reuşita învăţării şcolare a deficienţilor de vedere, mai puţin spectaculoasă, e determinată nu atât de carenţele manifestate în sfera proceselor cognitive, cât mai ales de factori non-intelectuali (emotivitate, instabilitate psiho-comportamentală, motivaţie extrinsecă); dar, cu sprijin suplimentar şi specializat, elevul deficient vizual poate depăşi dificultăţile de învăţare, mai ales dacă se aplică modele de învăţare adaptate şi eficiente, în limitele unui act educaţional-terapeutic, astfel încât, poate face faţă şi exigenţelor „şcolii incluzive" actuale.

Uneori, prin tulburarea relaţiei empatice profesor-elev se produce „inhibiţia" mecanismului de învăţare, manifestat fie prin reacţia fobică faţă de activitatea de învăţare de tip şcolar, fie prin scăderea, sub cota minimă de activizare a energiei motivaţionale.

Proiectarea ***modelelor de instruire*** a elevilor deficienţi de vedere înseamnă realizarea unei scheme speciale de bază, de informare şi formare a personalităţii acestora.

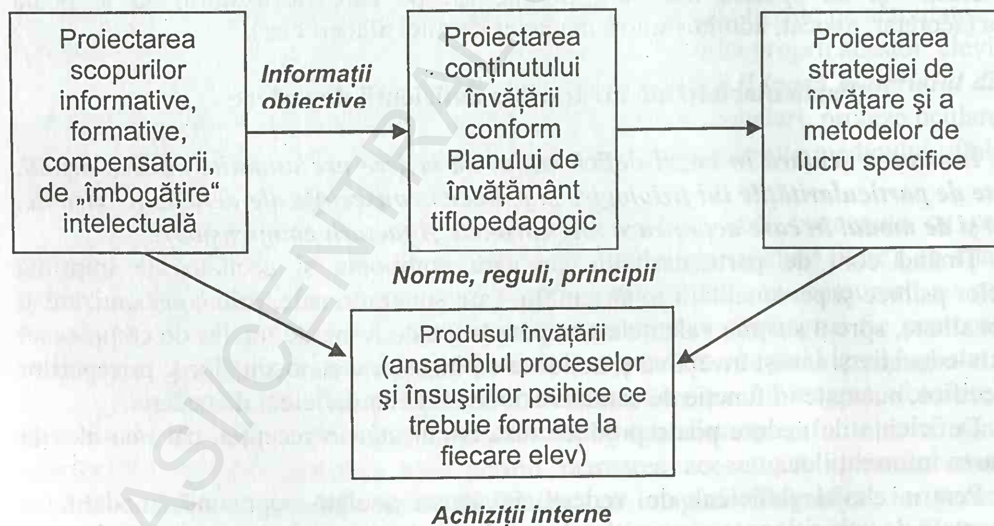


Fig. 2. **Schema modelului de instruire**

Vizând o învăţare diferenţiată şi individualizată, precum şi eliminarea riscului „sub – realizării şcolare", în cazul deficienţilor de vedere, se poate aplica ***modelul***

„pedagogiei corective", care implică, pe lângă componentele din schema anterioară, și diagnosticarea ritmurilor de învățare („evaluare predictivă"), învățarea propriu-zisă și înregistrarea progresului școlar, precum și evaluarea continuă formativă (așa cum reiese din schema care urmează, adaptată după **C. Bârzea**, 1982).

Învățarea școlară, în cazul elevului deficient vizual, implică toate formele (senzorio-motorie, senzorial-perceptivă, mnezică, verbal-logică și epistemică, afectiv-emoțională și socială), fiecare realizată pe baza proceselor și funcțiilor psihice funcționale sau compensate.

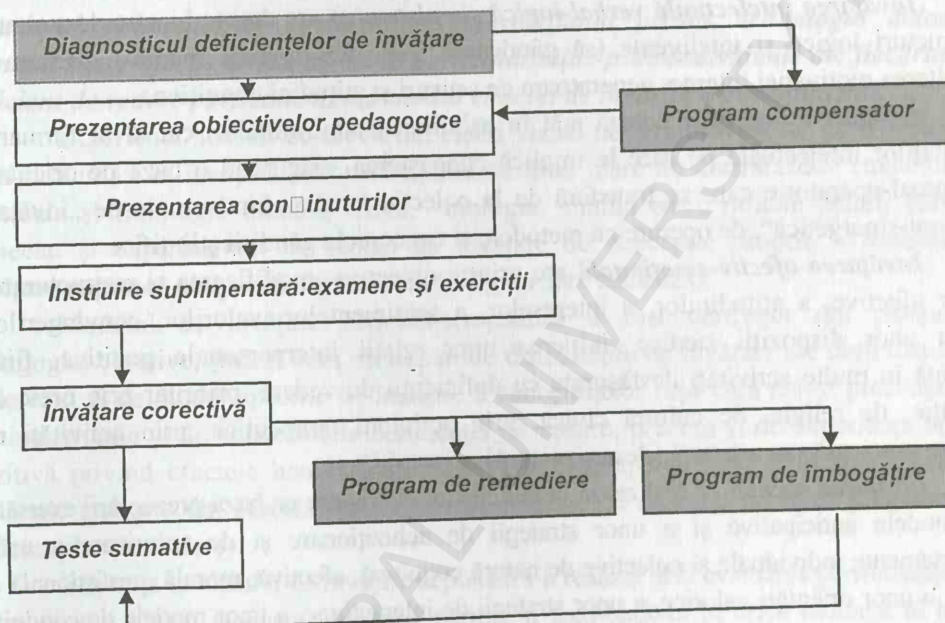


Fig. 3. **Schema modelului „pedagogiei corective"**

Învățarea senzorial-perceptivă (mai ales vizuală) constă în reglarea conștientizată a percepției, în optimizarea comportamentului perceptiv de formă, mărime, culoare, distanță, în învățarea unor strategii exploratorii eficiente și economice în condițiile vederii slabe, iar la nevăzători constă în educarea tactil-kinesteziei și a celorlalte modalități senzoriale în scop compensator, pentru învățarea scris-cititului Braille și a descifrării imaginilor tiflografice și pentru restructurarea schemelor de cunoaștere bazate pe analizatorii valizi.

Învățarea psihomotrică joacă un rol important în viața și activitatea deficientului de vedere: învățarea unor mișcări și postúri elementare corecte (mai ales la nevăzători) pentru corectarea unor vicii posturale sau locomotorii, învățarea schemei corporale proprii și a partenerului, exersarea dominanței laterale, a bimanualității, a coordonării vizual-motorii, a orientării în spațiul mic (pagina pentru scrisul obișnuit și foaia pentru scrierea Braille), a mobilității și orientării în spațiu, față de repere cu importanță semnificativă.

De asemenea, învățarea psihomotrică are rol în formarea și exersarea deprinderilor pregrafice și grafice, a acelora pentru desen, pictură, modelaj, pirogravură, deprinderi preprofesionale pentru exercitarea meseriilor viitoare, precum și în corectarea apraxiei, dispraxiei, a disgrafiei motrice și instabilității psihomotorii.

Învățarea „operării mnezice" constă în dezvoltarea tipului de memorie în funcție de restanțele vizuale (tactilă, verbal-auditivă, vizuală, afectivă), în intenționalitatea și conștientizarea memorării, precum și în educarea permanentă a memorării logice și a memoriei vizuale operaționale.

Învățarea intelectuală verbal-logică și epistemică are drept obiectiv dezvoltarea de structuri logice și inteligente (să gândească logic, să opereze mental), precum și dezvoltarea motivației interne, generatoare de sensuri și atitudini cognitive.

Învățarea cognitivă constă atât în asimilarea cunoștințelor, cât și în formarea capacităților intelectuale pe care le implică cunoașterea, asigurând o bază de orientare conceptual-operatorie care se transferă de la o lecție la alta, fiind un tip de „învățare structural-sinergetică", de operare cu metodele și conceptele gândirii științifice.

Învățarea afectiv-emoțională are printre obiective: modificarea și restructurarea stărilor afective, a atitudinilor, a intereselor, a sentimentelor, valorilor, convingerilor, crearea unor dispoziții stenice, inițierea unor relații interpersonale pozitive, fiind implicată în multe activități desfășurate cu deficienții de vedere, prioritar prin orele de dirigenție, de religie, de cultură civică, prin activități terapeutice, prin activități de expresie muzicală sau artistică (desen, pictură).

Învățarea socială se realizează la deficientul de vedere pe baza prezentării/exersării unor modele anticipative și a unor strategii de achiziționare și de valorizare a unor comportamente individuale și colective de natură cognitivă, afectivă, morală, profesională și socială, a unor orientări valorice, a unor strategii de interacțiune, a unor modele de conduită care pot contribui la optimizarea adaptării și a integrării pe toate planurile vieții și activității.

Învățarea practică are un rol foarte important pentru deficientul de vedere deoarece conduce spre achiziționarea unor acțiuni și operații cu valoare adaptativă cotidiană, dar și a unor deprinderi pre-profesionale necesare exercitării viitoarei profesii.

În plus, aplicarea practică a cunoștințelor și operarea efectivă cu diferite instrumente, unelte, aparate, obiecte materiale, consolidează baza de cunoaștere a deficientului de vedere, oferind fundamentul concret al cunoștințelor abstracte, care poate fi explorat, controlat, evaluat polisenzorial (mai ales prin tactil-kinestezie, în cazul nevăzătorilor).

Relația profesor – elev contribuie în mare măsură la reușita oricărei forme de învățare, prin realizarea unui climat socio-afectiv și relațional în grup și prin crearea unor situații favorabile învățării și activității școlare.

În structurarea competenței didactice, empatia are funcție de cunoaștere și înțelegere a psihologiei elevului de către profesor, iar în cazul elevilor deficienți de vedere, a căror învățare și dezvoltare este predominant dirijată, un rol important îl are

„orientarea helping“ (S. Marcus), ca atitudine de sprijinire necondiţionată şi obligatorie a elevului în scopul formării personalităţii acestuia.

Învăţând mai mult în grup, elevii deficienţi vizual stabilesc relaţii, devenind, în egală măsură, receptor şi sursă de mesaje cognitive, simpatetice şi comunicative. Relaţiile interpersonale, atât de bogate în conţinut şi manifestare în grupul tiflopedagogic nu pot avea finalităţi educative decât dacă sunt corect fundamentate motivaţional şi orientate valoric, în contextul unui act educaţional-terapeutic.

Obiectul de studiu, cantitatea, accesibilitatea, gradul de atractivitate şi caracterul sistematic al conţinutului informaţional predat, tehnologia didactică, climatul socio-afectiv al clasei, dar şi particularităţile psihoindividuale ale fiecărui elev deficient de vedere particularizează modul concret de însuşire a cunoştinţelor.

Experienţa noastră cu elevii deficienţi vizual ne-a relevat faptul că ei întâmpină mari dificultăţi în însuşirea unor discipline cu grad mare de abstractizare (matematica, anatomia şi fiziologia omului, fizica, biologia, chimia etc.), raţiune pentru care am proiectat şi experimentat un model de învăţare de concepţie proprie – ***Modelul de învăţare acţional-terapeutică*** (prezentat în figura care urmează).

Modelul de învăţare acţional-terapeutică a fost conceput din perspectiva pedagogiei curative, ţinând cont nu numai de dificultăţile de învăţare ale deficienţilor de vedere, ci şi de modul specific de însuşire a cunoştinţelor (aşa cum a fost prezentat), de particularităţile şi de consecinţele deficienţei de vedere, precum şi de experienţa noastră pozitivă privind efectele benefice ale unor tehnici terapeutice de grup şi ale învăţării acţionale (reieşite din cercetări personale şi corelate cu anumite trăsături pregnante ale deficienţilor de vedere).

Eficienţa modelului de învăţare acţională s-a realizat prin evaluarea performanţelor şi a progresului şcolar, evaluare care ne-a permis şi feed-back-ul în orice moment al lecţiei, precum şi reproiectarea obiectivelor operaţionale sau reluarea unora dintre ele, în scopul aplicării programelor recuperatorii de tip „mastery learning“.

„Modelul vizează activarea proceselor psihice implicate în învăţare prin însăşi exersarea lor, consolidarea cantităţii şi calităţii noţiunilor şi a cunoştinţelor asimilate, realizarea unei atmosfere relaxante pentru învăţare, care eliberează procesele psihice şi imaginative şi activează „creierul total“, declanşarea şi susţinerea motivaţiei intrinseci a învăţării prin crearea senzaţiei de învăţare fără efort şi a unei stări pozitive faţă de aceasta.

Modelul este prin excelenţă formativ, conducând nu numai spre realizarea prin învăţare a unui sistem informaţional, ci şi a unui sistem operaţional, de abilităţi generale şi specifice necesare asimilării cunoştinţelor. “ **(Rozorea, Anca**, 2004, pag. 186).

Astfel, acţiunea de învăţare reorganizează şi reactivează fondul abilităţilor mentale nespecifice, transformându-le în operativitate specifică, având ea însăşi efecte pozitive asupra învăţării.

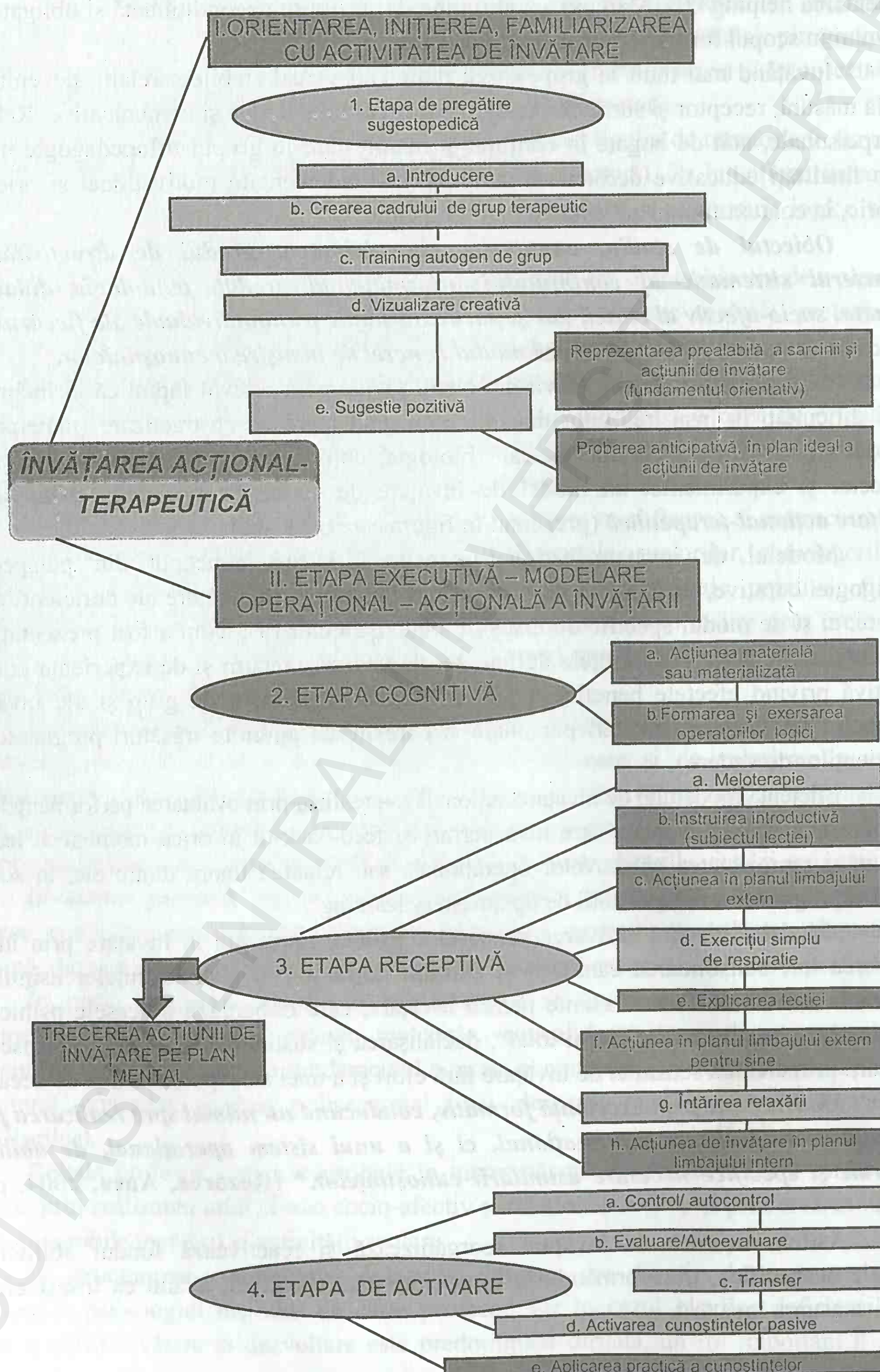


Fig. 4. **Modelul de învățare acțional - terapeutică**

În măsura în care demersul educativ se prezintă ca o restructurare, ca o reconstrucţie, implicând o remodelare a cunoştinţelor, deprinderilor, convingerilor, comportamentelor, în contextul reechilibrării relaţiei „sine-sine" şi „sine-lume" (A. Labregère), aceasta se realizează prin intermediul actului educaţional, care îşi manifestă astfel funcţia terapeutică.

Scopul concret al oricărui act educaţional terapeutic este redresarea eficienţei intelectuale, readaptarea socio-afectivă, restructurarea personalităţii şi a comportamentului.

Actul educaţional terapeutic îşi realizează obiectivele prin procedee strict individualizate, ce decurg din aplicarea unor metode instructiv-educative curente la situaţia particulară creată de o deficienţă de un anumit gen care agresează organismul.

2. CONDIŢII ŞI MODALITĂŢI DE ÎNVĂŢARE A CITIT-SCRISULUI ÎN BRAILLE

Rolul şi particularităţile sistemului Braille

Pentru persoana nevăzătoare, ca şi pentru omul cu vederea normală, citirea şi scrierea reprezintă modalităţi fundamentale pentru comunicare, pentru însuşirea cunoştinţelor în procesul de învăţământ sau în auto - învăţare, pentru integrarea activă şi creatoare în circuitul valorilor socio-umane şi în activităţile sociale utile.

În egală măsură, însuşirea scrierii şi citirii Braille, ca modalitate specifică de comunicare pentru nevăzători, permite exprimarea gândurilor şi a sentimentelor, atât în forma directă, prin limbajul scris, cât şi în forma metaforică, prin creaţii personale.

Pentru ca persoanele cu deficienţe de vedere să aibă acces la informaţii, acestea trebuie să fie convertite în informaţii care să fie receptate prin celelalte simţuri rămase valide.

Copiii/persoanele cu deficienţă vizuală parţială (ambliopie de diferite grade) învaţă să scrie şi să citească în „alb / negru", adică aşa cum o fac văzătorii, dar, cu anumite adaptări (caractere mai mari ale literelor în funcţie de acuitatea vizuală, contrast corespunzător, caiete / manuale speciale, ca şi instrumentele de scris etc.) ; în cazul unui prognostic grav, iminenţa orbirii în timp face necesară instrumentarea preventivă cu sistemul Braille, nerenunţându-se, însă, pe cât posibil, la stimularea restanţelor vizuale funcţionale nu numai în activităţile practice şi cotidiene, ci şi în cele şcolare care implică scris-cititul în „alb/negru".

Prima realizare remarcabilă, care a oferit nevăzătorilor accesul la informaţia scrisă, este ***sistemul Braille de scriere şi citire, inventat de Louis Braille***

Valentin Haüy (la şcoala căruia s-a format şi Louis Braille) a fost primul care a folosit metoda ştanţării hârtiei, ca modalitate folosită de nevăzători pentru a citi.

Există diverse aplicaţii ale sistemului Braille: în domeniul scrierii curente şi al diferitelor lucrări cu ajutorul literelor, cifrelor şi semnelor de punctuaţie, în domeniul literar şi pentru scrierea manualelor, în domeniul matematicii şi al ştiinţei (codul Braille-Nemeth), în domeniul informaticii, în domeniul transcrierii corecte în Braille a unei partituri muzicale etc.

Pentru scrierea în Braille se pot folosi punctatorul şi tăbliţa, maşina de scris în Braille (Brailler) sau calculatorul.

Acum aproximativ 20 de ani, companiile de software au început să creeze programe care să traducă diverse fişiere în codul Braille. La început, acestea erau foarte scumpe şi producţia era limitată ; cu timpul, însă, cel mai important instrument în tehnologiile de acces s-a dovedit a fi computerul.

Sistemul Braille reprezintă pentru nevăzători ceea ce cuvântul scris în alb-negru reprezintă pentru persoana înzestrată cu vedere: acces la informaţie şi contact cu lumea exterioară, utilitatea şi actualitatea lui continuând să înfrunte timpul şi spaţiul.

Originea sistemului Braille se află în secolul al XIX-lea, „invenţia“ unui sistem de scriere punctiformă pe plăcuţe din diferite materiale, spre a putea fi perceput tactil, aparţinându-i ofiţerului francez Nicolas-Marie-Charles Barbier de la Serre; căpitan de artilerie în timpul războaielor napoleoniene, el a inventat acest sistem secret de comunicare, pe care l-a numit „scientofon de experiografie“ sau „scriere nocturnă“, prin care soldaţii comunicau între ei noaptea, în timpul operaţiunilor militare, fără semnale luminoase sau auditive. Mai târziu, el a adaptat şi a extins utilizarea acestui sistem de scriere nu numai pentru nevăzători, ci şi pentru orice transmitere sau citire de mesaje în timpul nopţii. Acest sistem constă în 12 puncte în relief, în diverse combinaţii ce reprezentau litere şi cifre; Barbier a construit chiar şi o maşină care grava texte în acest sistem, pe care, în 1823, le-a prezentat la Institutul Regal al Tinerilor Orbi din Paris.

Elevul de gimnaziu Louis Braille, de numai 13 ani, a fost atras de acest sistem de scriere, propunându-i lui Barbier să-l adapteze pentru nevoile orbilor, prin reducerea numărului de puncte de la 12 la 8 puncte, spre a putea fi citit tactil.

În ordine istorică, Fr.Champollion a descoperit semnificaţia hieroglifelor (1821), iar S. Morse, inventatorul telegrafului electric, a inventat în anul 1830 alfabetul care-i poartă numele.

Contemporan cu Fr. Champollion, L. Braille a structurat sistemul său după o logică asemănătoare cu cea utilizată de Mendeleev, care a organizat materia şi a conceput „Sistemul periodic al elementelor“, cel care a descoperit semnificaţia hieroglifelelor în 1821.

Louis Braille a preluat acest tip de scriere şi l-a adaptat la unul compus prin combinaţia doar a 6 puncte, care s-a dovedit a fi perfect pentru nevăzători şi care a fost consacrat ca ***„sistemul Braille“***, o invenţie considerată de istoria ştiinţei ca genială.

Louis Braille concepe, astfel, între 1825-1829, un sistem de scriere pentru nevăzători – ***sistemul Braille***, validat în 1829, recunoscut în 1854 de şcoala franceză pentru copiii nevăzători şi adoptat apoi şi în alte ţări (S.U.A., Marea Britanie).

Cu doar 64 de semne – combinaţii a şase puncte – această scriere poate fi folosită în orice limbă, fiind considerată drept cea mai economică şi mai complexă scriere, prin care se pot reda litere, semne de punctuaţie, note muzicale, cifre, semne matematice, texte.

Ulterior, au apărut şi alte variante, ca de exemplu varianta standard englezească, sistemul francez Antoine, variante cu abreviaţii şi semne stenografice, precum şi variante adaptate la particularităţile fonetice sau etimologice ale diferitelor limbi.

În România există un sistem tripunctat, elaborat de profesorul Alexandru Butaş şi variante privind ordinea predării-învăţării literelor alfabetului Braille.

Scrierea în Braille se realizează, cel mai simplu, cu ajutorul tăbliței Braille; foaia specială de hârtie este introdusă între cele două plăcuțe de metal ale tăbliței ;plăcuța superioară are ferestre de forma casetei Braille, iar cea inferioară prezintă cele 6 orificii corespunzătoare fiecărei casete. Hârtia este presată prin orificiile plăcuței inferioare cu ajutorul punctatorului (stiletului), instrumentul cu care se realizează punctele în relief.

Plăcuța superioară asigură uniformitatea scrisului, iar cea inferioară asigură aceeași înălțime a tuturor punctelor.

Mulți nevăzători, care nu dispun de un computer adaptat, scriu cu ajutorul Brailler-ului, asemănător mașinii clasice de scris, dar care are doar șase taste corespunzătoare celor șase puncte ale casetei Braille.

Primele mașini de scris Braille au apărut în Statele Unite încă de la sfârșitul secolului al XIX-lea (modelul conceput de Frank Haven Hall) la Illinois, 1892, al cărei principiu de funcționare stă la baza tuturor variantelor ulterioare.

La fiecare apăsare se creează o casetă Braille, scrierea presupunând apăsarea simultană a mai multor taste; astfel, în locul unei taste pentru fiecare caracter, există câte o tastă pentru fiecare punct al grupului fundamental Braille plus o tastă pentru spațiu.

Scrierea unui caracter se face prin acționarea simultană a tastelor corespunzătoare punctelor ce formează caracterul respectiv: la eliberarea tastelor, carul mașinii de scris se deplasează spre stânga cu o lungime echivalentă cu o căsuță Braille, permițând imprimarea caracterului următor.

Cel mai frecvent utilizată este mașina mai complexă Perkins Brailler, dar există și mașini de scris Braille cu dimensiuni mult mai mici.

În școlile pentru deficienți de vedere din România s-au folosit mai ales mașinile de producție germană (Picht).

Scrierea clasică în Braille are avantajul că textul poate fi citit selectiv și că permite utilizarea ei și în studiul științelor exacte prin sistemul de semne specifice.

Componentele psihice implicate în scris-cititul Braille

La nevăzători, suplinirea văzului se realizează printr-o specializare deosebită a tactil-kinesteziei și a simțului auditiv, percepția tactilă având rolul principal în explorarea spațiului mic al paginii de scris-citit Braille.

La însușirea scris-cititului în Braille participă analizatorul auditiv (care facilitează discriminarea fonetică și învățarea emiterii corecte a sunetelor), componenta verbo-kinestezică (prin care cuvântul este descompus în foneme și recompus în scopul înțelegerii sensului pe care îl conține) și analizatorul tactil – kinestezic, prin care se realizează scrierea grafemelor, cuvintelor, propozițiilor etc, fiind implicată întreaga procesualitate psihică.

Citirea se realizează cu ajutorul unor receptori tactili situați la extremitatea degetelor, într-o regiune de 12-15 mm, pe care unii autori o numesc „fovee tactilă" (**I. P. Roll**, 1987) prin similitudine cu o zonă retiniană numită foveea centrală, care reprezintă zona de maximă receptivitate vizuală.

La nevăzător, se formează complexul tactil-kinestezic cu rol fundamental în perceperea obiectelor și în scris-citit. Componenta tactilă reproduce forma, mărimea și conturul semnelor, contribuind la obținerea informațiilor despre structură și conținut,

despre natura punctiformă a reliefului literei, despre mărimea și constanța punctelor, în timp ce sistemul kinestezic (motor), prin deplasări succesive (mișcări lineare stânga-dreapta și o mișcare perpendiculară pe rând) redă numărul de puncte, raportul dintre puncte și forma literei Braille.

După W. Wundt, simțul tactil este receptiv la stimuli discontinui și punctiformi, așa cum sunt cei ai sistemului de scriere în relief Braille, fiind adecvat și foarte funcțional la nevăzători.

„Palparea", care se realizează după o logică specială numită „logica tactilă", este o veritabilă sinteză între sensibilitate și mișcare. Unii autori identifică două tipuri de mișcări tactil-kinestezice: mișcări de căutare și montaj și mișcări de urmărire, cu funcții de construire, de măsurare, de control și de corectare.

Mișcările sunt însoțite de apăsări de intensități diferite, care contribuie la realizarea imaginii tactile a literei, care se transmite la scoarța cerebrală și, prin al II-lea sistem de semnalizare, se produce înțelegerea logică a formelor percepute tactil-kinestezic, pe baza sintezei între formă și conținut.

Logica tactilă are la bază „plasticitatea"rețelelor neuronale cerebrale și capacitatea de „organizare / reorganizare" a activității corticale, în funcție de excesul sau deficitul de stimulare (**Will, B.**, 1982).

Deprivarea de funcția vizuală determină, astfel, activarea zonelor corticale responsabile de coordonarea tactil-kinesteziei, ca modalitate compensatorie, în care este transferată informația recepționată printr-o modalitate senzorial-perceptivă.

„Pe de altă parte, simțul tactil intervine în lectura Braille, abilitate specifică achiziționată de persoanele nevăzătoare, care recurg la discriminarea fină a patternurilor din puncte în relief și la transformarea acestui cod spațial într-o informație cu semnificații." (**Preda, V., Cziker, R.,** 2004).

Așa cum remarcă unii cercetători, strategiile exploratorii specifice pentru citirea în Braille determină o extensie structurală și funcțională a ariilor corticale senzorio-motorii care coordonează mișcările degetelor mâinii dominante utilizate în scris.

S. Portalier (2001) a întreprins cercetări interesante referitoare la rolul celor 2 mâini în lectura Braille, una dintre concluzii confirmând, odată în plus, rolul degetului arătător drept în identificarea literelor Braille și rolul degetului arătător stâng în reperarea spațială a rândului următor, fapt ce conferă fluență actului lexic, contribuind și la creșterea vitezei și preciziei citirii.

Unii cercetători au sugerat fenomenul activării cortexului occipital la persoanele cu cecitate timpurie, care este implicată în procesarea informației tactile, în lectura în Braille, alături de implicarea funcțiilor cognitive superioare, aceasta reprezentând o dovadă a plasticității intermodale corticale.

Un rol foarte important îl joacă și reprezentările spațial-vizuale, conservate pe plan cortical în cazul cecității dobândite, contribuind la elaborarea imaginii vizual-tactil-motorie.

W. Roth remarcă faptul că, în cazul scrisului, conținutul și forma există și trebuie exprimate grafic, în timp ce, în cazul cititului, textul trebuie descifrat ca formă și conținut.

Citirea se realizează prin interacțiunea și unitatea componentei senzoriale (percepția tactil-kinestezică) și a celei logic-abstracte, realizată prin gândire.

În citire, rolul important îl deţine imaginea literei scrise („schema motorie"), care „se consolidează mai greu" (**Enache, G.**), în timp ce imaginea tactilă se consolidează cu mai multă uşurinţă, pe baza „kinesteziei explorative" („tactul activ").

Fiecare deget are o funcţie specifică; astfel, degetul mare fixează obiectul sau reperul literei; arătătorul şi degetul mijlociu au rolul de a explora, mai întâi global, apoi analitic obiectul şi respectiv semnul Braille, pentru a repera punctele cu maximă valoare informaţională în scopul recunoaşterii şi identificării formei (a semnului Braille).

Citirea Braille este succesivă şi analitică şi deci se realizează cu viteză mai mică.

Degetele mâinii stângi stabilesc, prin verificare, corectitudinea identificării semnului Braille. În felul acesta, investigarea tactil-kinestezică realizată cu ambele mâini contribuie la fuzionarea structurii spaţiale a semnului Braille cu reprezentarea spaţială care s-a format sau este în curs de a se forma.

În condiţiile cecităţii, educarea şi dezvoltarea capacităţii de orientare şi structurare spaţială contribuie la facilitarea învăţării scris-cititului Braille, deoarece componentele implicate în mobilitate / orientare contribuie într-o manieră specifică şi la orientarea în spaţiul mic al paginii de scris-citit.

Un rol important în dezvoltarea persoanei nevăzătoare şi în special a copilului nevăzător îl joacă limbajul care, nu numai că activizează procesele psihice, dar şi structurează, organizează şi îmbogăţeşte experienţa lor cognitivă şi practică, contribuind în felul acesta la o mai bună integrare socio-profesională.

În învăţarea scris-cititului Braille, rolul limbajului oral se manifestă în primul rând prin explicaţiile verbale privind tehnica specifică, dar şi prin orientarea nevăzătorului în fiecare etapă de însuşire a scris-cititului.

De asemenea, un vocabular bogat şi nuanţat, cunoaşterea şi aplicarea corectă a regulilor logico-gramaticale ale limbii, o exprimare clară, fluentă şi corectă au menirea de a susţine şi a facilita învăţarea scris-cititului Braille.

Procesul însuşi de formare şi învăţare a noţiunilor se realizează cu mai multă dificultate la persoana nevăzătoare, deoarece, în acest proces, vederea joacă un rol important, mai ales prin funcţia ei de a integra şi de a „vizualiza" informaţiile primite pe toate canalele cunoaşterii.

Schema cognitivă a noţiunii se bazează pe reprezentarea imagistică a obiectului, care, la nevăzător, lipseşte sau este slab operantă.

Reprezentările spaţiale ale nevăzătorului au un rol fundamental în învăţarea scris-cititului Braille şi de aceea formarea acestora este un obiectiv prioritar ce trebuie realizat prin experienţe concrete multiple şi diverse, spre a contribui şi la achiziţionarea noţiunilor spaţiale (poziţie, direcţie, distanţă, mărime, formă etc.) necesare, în egală măsură, pentru învăţarea scris-cititului Braille.

Trebuie evidenţiat şi ***rolul compensator al auzului***, care-şi exercită funcţia nu numai în dictare, ci mai ales în înregistrarea sunetului produs de punctator, a ritmului de scriere (înţepare cu punctatorul), precum şi în înţelegerea mesajului verbal şi în analiza cuvintelor, silabelor, literelor, spre a putea fi transpuse în grafeme Braille.

Atenţia şi memoria contribuie în egală măsură la învăţarea scris-citiului Braille, prin aceleaşi funcţii ca şi la văzătorii care învaţă să scrie şi să citească, fiind, însă, în relaţii mai strânse cu tactil-kinestezia şi mai specializate în acest sens.

Gradul de automatizare a scris-cititului depinde, în mare măsură, de nivelul intelectual, de operativitatea gândirii şi a celorlalte procese cognitive, de gradul de activare a proceselor reglatorii, de starea analizatorilor, de starea generală a organismului, de condiţiile în care se desfăşoară învăţarea, de relaţia persoanei nevăzătoare cu persoana care o învaţă să scrie şi să citească în Braille.

Odată format stereotipul dinamic al scris-cititului, rapiditatea, corectitudinea, operativitatea şi eficienţa acestora depind în mare măsură de echilibrul psihoemoţional şi de trăsăturile pregnante de personalitate.

Etapele însuşirii scrierii şi citirii în Braille

Învăţarea scrierii şi citirii în Braille pentru nevăzători se desfăşoară, ca şi pentru văzători, într-o perioadă mai lungă şi în etape.

În general, în literatura de specialitate sunt reperate ***trei etape şi anume: etapa pre-abecedară, etapa abecedară, etapa post-abecedară.***

Noi considerăm că prima etapă, cea pre-abecedară, care are obiective foarte clare şi precise, legate de scrierea şi recunoaşterea elementelor pregrafice, trebuie să fie precedată de o ***etapă pregătitoare***, foarte importantă pentru persoana nevăzătoare, etapă în care exerciţiile pot fi realizate şi de către o persoană mai puţin avizată (de exemplu, persoana însoţitoare), nu numai de către specialist.

• ***Etapa pregătitoare*** – constă, pe de o parte, în formarea şi stimularea interesului pentru scris-citit în Braille şi, pe de altă parte, în înţelegerea utilităţii acestei activităţi complexe şi dificile, prin care nevăzătorul poate obţine informaţii din cărţi, reviste tipărite în Braille şi poate comunica şi în scris cu semenii lui care cunosc deja scrierea şi citirea Braille.

De asemenea, nevăzătorul trebuie să-şi formeze în această etapă o serie de cunoştinţe, de deprinderi şi abilităţi care îl ajută să poată învăţa scrisul şi cititul în Braille.

În etapa pregătitoare sunt vizate următoarele obiective (realizate prin exerciţii specifice şi bine coordonate):

- dezvoltarea perceptiv-motrică generală;
- formarea şi automatizarea schemei corporale;
- exerciţii de orientare în spaţiu;
- exerciţii de stimulare a mişcărilor mâinii şi a motricităţii fine;
- exerciţii de explorare tctilă a obiectelor şi de formare a noţiunilor spaţiale.

• ***Etapa pre-alfabetară (pre-abecedară)***

În această etapă a învăţării scris-cititului Braille se exersează cunoaşterea, analiza, diferenţierea, familiarizarea şi operarea cu elementele pregrafice ale semnului Braille.

Este o etapă în care deprinderile tactil-kinestezice au mai puţină precizie, în care se produc confuzii între semnele pregrafice, o perioadă de ezitări, de nesiguranţă şi de slabă mobilizare în această activitate.

De aceea, se impun cu necesitate obiective şi exerciţii care trebuie să fie realizate într-o atmosferă relaxată, de încredere reciprocă între nevăzătorul care învaţă şi cel care îl ajută să interiorizeze această tehnică , creându-i sentimentul succesului final.

Cele mai importante **obiective** vizate în această etapă sunt:

- cunoaşterea instrumentelor de scris şi a topografiei casetei Braille;
- stimularea funcţiei instrumental-adaptative a sensibilităţii proprioceptive;
- reglarea dinamicii reacţiilor motorii;
- crearea stării de pregătire fizică generală, a stării de set, de aşteptare relaxată, apoi de aşteptare încordată, de start şi de ţintire (**Damaschin, D.**);
- exersarea limbajului în scopul sistematizării experienţei perceptive şi tactil-kinestezice
- exersarea schemelor operatorii tactil-kinestezice (**É. Claparède** compară „palparea" cu „silabisirea literelor alfabetului");
- formarea experienţei tactile fine utile scris-cititului;
- lărgirea experienţei copilului şi implicarea tuturor proceselor psihice prin activităţi foarte diverse de cunoaştere şi formare a noţiunilor şi prin informaţii polisenzoriale (pentru evitarea înţelegerii formale, îndeosebi de către nevăzătorii congenital, care pot dezvolta fenomenul „verbalismului", adică învăţarea unor noţiuni fără înţelegerea sensului lor).

Deoarece sistemul Braille este unul complex şi abstract, învăţarea scris-cititului, mai ales la vârstele mici, devine un demers dificil şi obositor dacă micul nevăzător nu este abilitat să exploreze tactil în mod economic, eficient şi atractiv.

Multe dintre programele de formare şi exersare a tactil-kinesteziei sunt fundamentate pe o serie de teorii ale învăţării („teoria instruirii" – J. Brunner, „teoria acţiunilor mintale" – P. I. Galperin, „teoria psihogenetică" – J. Piaget, teoria referitoare la structurarea limbajului – L. S. Vîgotski etc.), ele conţinând exerciţii circumscrise activităţii specifice de ***educaţie vizual-perceptivă, adaptate modalităţii tactil-kinestezice.***

Pe baza unor astfel de teorii, formarea deprinderilor pre-abecedare în scopul învăţării scris-cititului Braille, include:

- exerciţii de explorare multisenzorială a obiectelor prin contactul direct şi prin manipularea acestora („cunoaşterea activă", „acţiunea materială cu obiectul", „explorarea perceptiv-acţională");
- exerciţii de formare, corectare, consolidare a reprezentărilor, interpretate ca imagini mentale sau „semiconcepte" de **J. Piaget** (vizuale, tactil-kinestezice, spaţiale etc, după caz), inclusiv a reprezentării „casetei Braille" – prin utilizarea imaginilor vizuale în cazul unor restanţe de văz funcţionale sau pe baza imaginilor tiflografice în cazul cecităţii („acţiunea materializată" sau „cunoaşterea iconică sau imagistică");
- exerciţii de verbalizare (descrierea obiectului şi a acţiunii cu el) şi transpunerea noţiunilor şi a simbolurilor în planul limbajului verbal („cunoaşterea simbolică"), apoi în planul limbajului interior, adică pe plan mental.

- ***Etapa alfabetară (abecedară)***

În această etapă, prin perfecţionarea analizei şi a diferenţierii semnelor Braille, se trece treptat la învăţarea scrierii şi a citirii. Rapiditatea automatizării deprinderilor de scris-citit depinde de starea generală a nevăzătorului, de starea analizatorului tactil-kinestezic, de nivelul intelectual, dar şi de condiţiile obiective (materiale de scris, atmosfera şi relaţia de colaborare).

Ordinea de predare a literelor alfabetului este diferită; la şcolile pentru ambliopi şi nevăzători s-a adoptat următoarea ordine: a, c, b, e, p, m, v, u, ă, r, o, g, d, l, n, f, î, s, j, t, ş, i, â, ţ, h, z, k, x, existând o întreagă metodologie de predare a abecedarului.

Scrierea în sistemul Braille este o scriere liniară, alcătuită din ***„semne Braille“***, formate din puncte ieşite în relief, care pot fi simţite şi palpate cu ajutorul degetelor.

Ele sunt ordonate în interiorul unei casete, o matrice de şase puncte, în 6 poziţii, aranjate pe două coloane de câte trei puncte, cu următoarea notaţie:

1	4	• punctul 1 - în stânga sus, rândul 1, coloana1	• punctul 4 - în dreapta sus, rândul 1, coloana 2
2	5	• punctul 2 - în stânga mijloc, rândul 2, coloana 1	• punctul 5 - în dreapta mijloc, rândul 2, coloana 2
3	6	• punctul 3 - în stânga jos, rândul 3, coloana 1	• punctul 6 - în dreapta jos, rândul 3, coloana 2

Tabel nr. 5 – **Punctele din caseta Braille**

Literele de la A la Z au fiecare semne corespunzătoare în Braille; alfabetul Braille, destinat nevăzătorilor, este format din aceste „semne Braille“, grupate după ordinea strictă a alfabetului latin, în serii de câte zece litere.

„Semnul fundamental“ sau „grupul fundamental“ este cadrul spaţial pentru poziţionarea corectă a punctelor fiecărui semn sau literă Braille. Caseta Braille cuprinde două etaje:

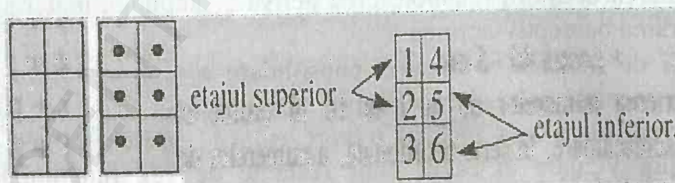


Fig. 6. **Grupul fundamental Braille**

L. Braille realizează ***un alfabet format din 76 de semne diferite, fiecare semn fiind alcătuit din 1, 2, 3, 4, 5 sau 6 puncte.*** Punctele au o înălţime de 1 mm şi un diametru de 2,5 mm, dimensiuni care corespund pragului maximal al sensibilităţii tactile. Ulterior, L. Braille şi-a redus alfabetul la ***64 „semne Braille“***, prin care poate fi exprimat orice conţinut informaţional.

Litera	*Simbol*	*Punctele*	*Litera*	*Simbol*	*Punctele*	*Cifra*	*Simbol*	*Punctele*
A		1	q		1, 2, 3, 4, 5	1		3, 4, 5, 6 + 1
B		1, 2	r		1, 2, 3, 5	2		3, 4, 5, 6 + 1, 2
C		1, 4	s		2, 3, 4	3		3, 4, 5, 6 + 1, 4
D		1, 4, 5	t		2, 3, 4, 5	4		3, 4, 5, 6 + 1, 4, 5
E		1, 5	u		1, 3, 6	5		3, 4, 5, 6 + 1, 5
F		1, 2, 4	v		1, 2, 3, 6	6		3, 4, 5, 6 + 1, 2, 4
G		1, 2, 4, 5	x		1, 3, 5, 6	7		3, 4, 5, 6 + 1, 2, 4, 5
H		1, 2, 5	y		1, 3, 4, 5, 6	8		3, 4, 5, 6 + 1, 2, 5
I		2, 4	z		1, 3, 5, 6	9		3, 4, 5, 6 + 2, 4
J		2, 4, 5	ă		1, 6	0		3, 4, 5, 6 + 2, 4, 5
K		1, 3	â		1, 2, 6			
L		1, 2, 3	î		1, 4, 6			
M		1, 3, 4	ş		1, 5, 6			
N		1, 3, 4, 5	ţ		2, 4, 6			
O		1, 3, 5	w		2, 4, 5, 6			
P		1, 2, 3, 4						

Fig. 7. **Literele şi cifrele Braille**

Reguli de scriere a semnelor Braille :

- Toate semnele Braille sunt multifuncţionale;
- ***Primele zece litere din seria I (decada I),*** în ordinea alfabetului latin, ***excluzând vocalele a, â, î*** (deci, ***de la a la j***) se compun din ***punctele 1, 2, 4, 5*** ale etajului superior al casetei Braille;
- ***Următoarele zece litere din seria a II-a (decada a II-a)***, în ordinea alfabetului latin, ***(de la litera k la litera t), incluzând şi consoana q şi excluzând***

consoana ş se obţin *din literele seriei I, la care se adaugă punctul 3* din etajul inferior al casetei Braille;

- *Următoarele litere din seria a III-a (decada a III-a)*, în ordinea alfabetului latin, *(de la litera u la litera z*), excluzând consoanele ţ şi w se obţin *din literele seriei a II-a la care se adaugă punctul 6* din etajul inferior al casetei Braille;
- *Seria a III-a cuprinde în spaţiile rămase libere litere ale alfabetului francez, formate în acelaşi mod (î, é, a, è, u şi ù)*, respectiv *din literele corespunzătoare pe vertical ale decadei a III-a şi punctul 6* al etajului inferior;
- *Seria a IV-a (decada a IV-a) cuprinde literele specifice limbii române (excluse din seriile I, II, III), respectiv: ă, â, î, ş, ţ, w, care se obţin din literele corespunzătoare pe vertical ale decadei I, prin adăugarea punctului 6*, respectiv:
  - din a + punctul 6 se obţine ă
  - din b + punctul 6 se obţine â
  - din c + punctul 6 se obţine î
  - din e + punctul 6 se obţine ş
  - din i + punctul 6 se obţine ţ
  - din j + punctul 6 se obţine w.

I	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
	● ○ ○ ○ ○ ○	● ○ ● ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ○ ● ○ ○	● ○ ○ ● ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ○ ● ● ○ ○	○ ● ● ○ ○ ○	○ ● ● ● ○ ○
II	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t
	● ○ ○ ○ ● ○	● ○ ● ○ ● ○	● ● ○ ○ ● ○	● ● ○ ● ● ○	● ○ ○ ● ● ○	● ● ● ○ ● ○	● ● ● ● ● ○	● ○ ● ● ● ○	○ ● ● ○ ● ○	○ ● ● ● ● ○
III	u	v	x	y	z	-	-	-	-	-
	● ○ ○ ○ ● ●	● ○ ● ○ ● ●	● ● ○ ○ ● ●	● ● ○ ● ● ●	● ○ ○ ● ● ●					
IV	ă	â	î	-	ş	-	-	-	ţ	w
	● ○ ○ ○ ○ ●	● ○ ● ○ ○ ●	● ● ○ ○ ○ ●		● ○ ○ ● ○ ●				○ ● ● ○ ○ ●	○ ● ● ● ○ ●

Fig. 8. **Decadele alfabetul Braille**

- ***Seria a IV-a cuprinde şi unele litere specifice limbii franceze sau ruse, formate după acelaşi principiu, respectiv â, ê, ô, û, iu, ë, ï, ü, b;***
- Semnele literale specifice dintr-o limbă pot avea altă semnificaţie în altă limbă (exemplu: â românesc şi â din limba franceză).

Semnul	***Simbolul***	***Punctele***
,	⠂	2
;	⠆	2, 3
:	⠒	2, 5
.	⠲	2, 5, 6
?	⠢	2, 6

Semnul	***Simbolul***	***Punctele***
! sau +	⠖	2, 3, 5
= sau (sau)	⠶	2, 3, 5, 6
*	⠌	3, 4
'	⠄	3
-	⠤	3, 6
/	⠡	1, 6

Tabel nr. 9 – **Semne Braille**

Principalele semne de punctuaţie, în ordinea prezentată în tabelul anterior, se obţin din primele zece litere ale seriei I, scrise în etajul inferior al casetei Braille, respectiv: virgula, punct şi virgulă, două puncte, punct, semnul întrebării, semnul mirării, parantezele pentru text, ghilimelele de deschidere, ghilimelele de închidere

- Sunt redate în tabelul anterior şi ***alte semne de punctuaţie Braille*** (1– dialog şi subliniere; 2 – linia de pauză; 3 – puncte de suspensie; 4 – apostrof şi punct după iniţială; 5 – paragraf; 6 – cratima şi liniuţa de unire şi de despărţire).
- ***Ultimele 4 căsuţe ale acestei serii din tabelul anterior cuprind „semne-cheie“***, adică semne care intră în componenţa unei anumite categorii, scriindu-se la început, şi anume:
    - ***semnul de majusculă*** – (4, 6) ;
    - ***semnul pentru a scrie un cuvânt sau un text numai cu majuscule*** – (4,5,6) şi o căsuţă liberă ;
    - ***semnul de cifră*** – (3, 4, 5, 6), care precede scrierea cifrelor;
    - ***semnul care precede un semn de punctuaţie după o scriere matematică*** – (6);
    - ***„semnul fundamental“*** – (1, 2, 3, 4, 5, 6) se foloseşte şi ***pentru anularea unor litere sau semne Braille scrise greşit, prin suprapunerea lui peste acestea;***

- ***semnul de scriere cu majuscule*** – (4, 5, 6) se foloseşte şi ***pentru separarea versurilor când ele nu se scriu unul sub altul, semnul fiind urmat de un spaţiu.***
- ***Cifrele de la 1 la 9 şi 0 se obţin în această ordine din primele zece litere ale decadei I, în faţa cărora se scrie semnul de cifră (3, 4, 5, 6);***
- Numerele formate din mai multe cifre sunt precedate de semnul de cifră, scris o singură dată la începutul numărului;
- ***Se scrie în Braille de la dreapta la stânga şi se citeşte, pe verso, de la stânga la dreapta;***
- La dreptaci, scrierea prin înţepare cu punctatorul în foaia Braillon fixată în plăcuţa de scris prevăzută cu „casete Braille" se face cu mâna dreaptă; mâna stângă urmăreşte mişcările mâinii drepte, identificând şi rândul care urmează (invers la stângaci);
- Citirea la nevăzători este digitală, bazându-se pe interacţiunea analizatorului tactil şi proprioceptiv kinestezic, prin palparea literelor, de la stânga la dreapta rândului;
- ***În scrierea Braille se respectă regulile de scriere obişnuită, cu spaţii libere între cuvinte.***

- ***Etapa post-alfabetară (post-abecedară)***

În această etapă, persoana care a învăţat să scrie şi să citească trebuie să se concentreze pe înţelegerea conţinutului scris sau citit. De aceea, este necesară exersarea scrierii şi a citirii unor texte scurte, atractive, care să-i suscite interesul, precum şi încurajarea permanentă pentru a menţine trează plăcerea pentru aceste activităţi şi pentru stimularea dorinţei perfecţionării lor (creşterea vitezei de scris-citit, a corectitudinii, a timpului cât este motivată pozitiv pentru ele).

Este foarte important să se citească şi cu voce tare ceea ce se scrie (textul care se citeşte în gând iniţial).

Nu trebuie să se renunţe la exerciţiile care au fost prezentate înainte, spre a contribui la menţinerea şi / sau creşterea sensibilităţii tactil-kinestezice şi la mobilizarea psihică generală.

Se pot completa exerciţiile cu activităţi simple, dar utile, care să implice şi scris-cititul; de asemenea, ***unele activităţi pot avea rol nu numai în exersarea scris-cititului, ci şi valoare terapeutică, de abilitare practică, de petrecere plăcută a timpului (terapie prin joc)***: jocul „Nu te supăra, frate!", adaptat pentru nevăzători, jocuri diverse de cărţi (cu numerele scrise în Braille, care să stimuleze şi calculul aritmetic simplu), jocul „Domino" (realizat din texturi diferite), şahul şi tablele (adaptate pentru nevăzători) etc.

Etapa post-abecedară (post-alfabetară) este centrată îndeosebi pe consolidarea automatizării deprinderilor de scris-citit (transformarea lor în stereotipuri dinamice, bazate pe scheme perceptiv-tactil-kinestezice şi verbale funcţionale).

Persoana nevăzătoare se concentrează pe conţinutul semantic, pe semnificaţia logică şi contextuală a textului citit / scris.

În această etapă, analiza şi sinteza realizându-se automat, ***obiectivele,*** care *vizează, mai ales, exersarea scrierii şi citirii, în scopul creşterii vitezei şi corectitudinii acestor activităţi, sunt:*

- ***asigurarea stării optime a analizatorului tactil-kinestezic pentru consolidarea stereotipului dinamic al scris-cititului;***
- ***creşterea progresivă a vitezei de scris-citit în Braille ;***
- ***dezvoltarea flexibilităţii gândirii paralel cu creşterea vitezei de scris-citit.***

Exerciţiile pot fi diversificate şi realizate astfel încât să devină o autentică psihoterapie cognitivă sau o terapie de reconstrucţie şi reinserţie socială.

Psihoterapia trebuie să valorifice aptitudinile deficientului de văz şi să optimizeze nu numai eficienţa scris-cititului, ci şi să-l determine să se bucure, pe cât e posibil, de performanţele personale.

Sistemul Braille care conţine literele, numerele şi semne de punctuaţie este folosit de către nevăzători în comunicarea directă, în luarea notiţelor, în corespondenţă etc. şi rar în opere publicate: acesta a fost adaptat şi sub forma unor „coduri" specializate.

Codul Braille literar este utilizat pentru scrierea operelor literare, a manualelor, mai puţin a acelora strict ştiinţifice şi de matematică, pentru care se foloseşte ***Codul Braille Nemeth,*** care cuprinde 40 de pagini, fiecare cu 12-21 simboluri algebrice, aritmetice, din domeniul geometriei etc.

În ***Codul muzical Braille*** sunt transcrise toate simbolurile din muzică, nevăzătorii având posibilitatea să citească şi să cânte la diferite instrumente muzicale după partiturile transcrise în Braille.

Există alfabete Braille adaptate pentru specificul fonetic, etimologic sau ideopictografic al multor limbi, dar a căror bază e reprezentată de sistemul de litere, numere şi semne conceput de Louis Braille.

Codul Braille pentru calculator este un cod special deoarece formele, semnele şi legăturile dintre ele trebuie „traduse" în texte şi mesaje cu semnificaţii multiple prin intermediul unor programe speciale, eficiente chiar şi în decriptarea unui cod care conţine nu numai litere, ci şi cuvinte, dar de care nu pot beneficia toţi nevăzătorii din considerente financiare.

Conectând computerul la internet, persoanele nevăzătoare pot intra în contact cu persoane din întreaga lume şi se pot bucura ca şi cei fără probleme de vedere de imensa diversitate de informaţii care se află pe site-urile româneşti şi străine.

Concluzionând, se poate afirma că genialitatea lui Louis Braille a dat şi, cu siguranţă, va mai da roade în beneficiul deficienţilor de vedere.

3. SEMNIFICAŢIA DEZVOLTĂRII FUNCŢIILOR DE ORIENTARE SPAŢIALĂ ŞI ÎN TIMP A DEFICIENŢILOR DE VĂZ

Particularităţile psihomotricităţii, a mobilităţii şi a orientării spaţiale a nevăzătorilor

În sens larg, ***spaţiul*** reprezintă o întindere mai mult sau mai puţin definită, care conţine obiecte şi în care se derulează evenimente şi activităţi.

În sens restrâns, spaţiul desemnează situarea şi localizarea obiectelor unele în raport cu altele, în funcţie de relaţiile spaţiale, de mărimea, forma, culoarea, detaliile lor.

Pentru nevăzători, orientarea se raportează la spaţiul mic (spaţiul grafic şi lexic), spaţiul apropiat (localizat la nivelul întinderii braţului), spaţiul mediu (raportat la dimensiunea bastonului pentru orientare, deschis total) şi spaţiul mare (îndepărtat), de diferite dimensiuni, în funcţie de coordonatele fizice în care se realizează mişcarea şi deplasarea.

Concepţiile privind percepţia spaţială a deficienţilor de vedere sunt centrate fie pe exclusivitatea vizuală în perceperea spaţiului („un spaţiu perceput vizual", aşa cum relevă K. Goldstein, A. Geld, J. Wittmann), argumentul fiind faptul că numai reprezentările vizuale au semnificaţie spaţială şi rol de interpretare inclusiv a experienţei tactile, care capătă astfel caracter de spaţialitate (nevăzătorul congenital şi cel cu cecitate psihică fiind lipsiţi de reprezentări spaţiale, deşi utilizează percepţia şi imaginile tactile), fie pe rolul major al percepţiei tactil-kinestezice (W. Roth), pe baza căreia se formează şi devin funcţionale reprezentările spaţiale, mai ales în cecitate şi în cazurile grave de ambliopie, dovadă fiind şi existenţa iluziilor tactil-kinestezice, cvasi similare cu cele vizuale.

Cecitatea, prin lipsa vederii, particularizează modul de integrare al nevăzătorului în mediul fizic şi social, care sunt, prin excelenţă, vizuale şi sonore.

Limitele impuse de cecitate se resimt încă de la vârstele mici, prin consecinţele asupra planului fizic şi fiziologic, asupra dezvoltării de ansamblu; însăşi apariţia mersului, conform cercetărilor din literatura de specialitate, este întârziată temporal şi, în consecinţă, şi componentele psiho-motrice sunt mai puţin exersate.

Limitarea libertăţii de mişcare înseamnă în primul rând restrângerea câmpului senzorial, perceptiv şi informaţional.

La copilul mic nevăzător mişcările exploratorii continuă să fie limitate şi după decentrarea perceptiv-cognitivă, ceea ce conduce spre o autonomie limitată şi implicit spre o cunoaştere parţială şi mediată a realităţii obiective.

Experienţa cognitivă şi practic-acţională este nu numai redusă faţă de aceea a văzătorilor de aceeaşi vârstă, ci şi mai puţin operaţională şi eficientă în plan adaptativ.

La vârstele mici, dificultăţile psiho-motrice şi de orientare conduc spre ***scăderea motivaţiei copilului nevăzător pentru mişcare***, chiar pentru jocurile specifice copilăriei, care implică toate tipurile de mişcări (sărituri, alergări, rostogoliri etc.), aceasta fiind însoţită, de multe ori, de stări de teamă, pasivitate, sedentarism şi izolare faţă de grup.

La vârstele mai mari, astfel de manifestări se pot stabiliza, transformându-se în trăsături de personalitate: prudenţă exagerată, circumspecţie, suspiciune, închidere în sine, lipsa încrederii în forţele proprii şi, în unele cazuri, chiar în tendinţe psihopatologice (agorafobie, liftofobie, claustrofobie, teama de a traversa un pod, de a urca şi coborî scările, de a circula cu mijloace de transport).

Capacitatea redusă de mobilitate şi orientare spaţială, care limitează autonomia şi independenţa personală se repercutează negativ şi în planul relaţiilor psihosociale şi al comunicării interpersonale, generând o serie de atitudini particulare ale nevăzătorilor faţă de semenii lor şi ale acestora faţă de ei.

Este imperios necesară educarea mobilităţii şi orientării spaţiale încă de la vârstele mici şi din această raţiune ea este cuprinsă ca activitate specifică în programele şcolare din învăţământul special pentru deficienţii de vedere.

Activitatea de mobilitate şi orientare spaţială face parte cosubstanţială din procesul educaţional al nevăzătorului în toate etapele de şcolaritate, perfecţionându-se prin autoexersare, mai ales la vârstele mari, ***obiectivul ultim fiind extinderea permanentă a spaţiului în care se poate deplasa şi pe care-l poate explora în mod autonom.***

În preşcolaritate, jocul este forma fundamentală prin care se poate realiza această activitate specifică, copilul achiziţionând o serie de date spaţiale (direcţie, distanţă, orientare) şi familiarizându-se cu o serie de conduite (mers, sărit, urcat şi coborât scări, rostogoliri, alergat etc.).

În perioada şcolară, accentul se pune pe activitatea, organizată sistematic, de formare a spiritului de orientare în funcţie de anumite repere în spaţiul mic şi apoi în spaţiul mare, pe educarea simţului direcţiei pentru a atinge un obiectiv, pe educarea polisenzorială şi pe stimularea proceselor psihice superioare în sensul compensării lipsei vederii.

La deficientul de vedere cu restanţe vizuale , mai ales la cel de vârstă mică, apar frecvent tulburări de orientare spaţială şi de mobilitate, cu repercusiuni asupra activităţii şi în special asupra însuşirii scris-cititului, datorate capacităţii vizuale reduse, îngustimii câmpului perceptiv şi mai ales capacităţii reduse de a stabili, pe plan intuitiv, relaţiile dintre obiecte; de aceea, se impune necesitatea educaţiei psihomotorii care include antrenarea mobilităţii, asimilarea şi operaţionalizarea unor noţiuni spaţiale (poziţie, mărime, direcţie, distanţă) şi exersarea „comportamentului spaţial" (Fr. Martinez).

Orientarea spaţială reprezintă capacitatea omului de a percepe însuşirile spaţiale ale obiectelor, dispunerea lor în spaţiu şi poziţia proprie faţă de ele, capacitatea păstrării şi restabilirii unei poziţii în spaţiu, precum şi direcţionarea mişcărilor de deplasare spre diferite repere apropiate şi mai uşor de perceput, precum şi spre unele îndepărtate, care nu pot fi cunoscute în mod nemijlocit.

Orientarea spaţială implică modul de cunoaştere şi de actualizare a reprezentărilor corecte în spaţiu (reprezentarea corpului şi a poziţiei acestuia faţă de obiectele aflate în spaţiu, reprezentarea raporturilor dintre obiectele spaţiale statice şi dinamice, precum şi reprezentarea unor referenţiali dimensionali (lungime, apropiere, depărtare, lăţime, înălţime, adâncime, volum, forme).

Trebuie remarcat faptul că ***motricitatea deficitară, caracterizată prin coordonarea perceptiv-motorie dificilă, prin hipotonie musculară, prin forţă fizică mai slabă etc. conferă particularităţi orientării spaţiale a deficienţilor vizual, în special a nevăzătorilor.***

Dificultăţile în orientarea spaţială a nevăzătorilor sunt determinate şi de reprezentările insuficiente şi slab eficiente ale parametrilor statici, constanţi (poziţii ale obiectelor, ale propriului corp şi ale componentelor sale) şi dinamici, variabili (direcţie,

amplitudine, viteză, forţă, simultaneitate, consecutivitate, tempou etc.); selecţia şi raportarea la astfel de parametri este realizată de nevăzător prin procese compensatorii cu ajutorul funcţiilor cognitive şi ale potenţialului său senzorial-perceptiv funcţional, adaptate şi educate în acest sens (compensarea plurimodală).

O serie de particularităţi ale orientării spaţiale a nevăzătorilor se datorează şi dereglărilor schemei corporale, mai ales la vârstele mici.

Cunoaşterea schemei corporale, a somatognoziei (reprezentarea şi conştiinţa propriului corp şi a componentelor sale) are o mare importanţă pentru copilul ambliop şi mai ales nevăzător, deoarece reprezintă un punct de reper în cunoaşterea şi orientarea în spaţiul înconjurător.

H. Wallon consideră imaginea sau schema corporală atât rezultatul, cât şi condiţia unor raporturi adecvate între individ şi mediu.

Schema corporală contribuie la conştientizarea „permanenţei de sine în spaţiu", imaginea corporală („reprezentarea corpului") contribuind şi la situarea în timp, iar „reprezentarea de sine" având rol nu numai în conştientizarea propriei identităţi, ci şi la realizarea acţiunilor proprii în spaţiu şi timp şi a relaţiilor cu lumea.

Studiind activităţile, gesturile, dificultăţile de orientare ale copilului ambliop şi mai ales nevăzător, se constată, îndeosebi la intrarea în şcoală, ***un nivel redus de dezvoltare a somatognoziei (cunoaşterea schemei şi imaginii corporale)***, materializat în:

- nivel scăzut al cunoaşterii, mai rar necunoaşterea diferitelor părţi ale corpului său şi implicit imposibilitatea de a le denumi;
- nivel scăzut al cunoaşterii, mai rar necunoaşterea schemei corporale a altei persoane;
- capacitate redusă de a reprezenta grafic părţile corpului sau de a le identifica şi denumi în imagine ;
- nivel scăzut al capacităţii de a raporta obiectele din spaţiu la propria schemă corporală.

Componentele psihice cu rol în mobilitate şi orientare spaţială

Reuşita în activitatea de orientare şi mobilitate spaţială a nevăzătorilor depinde de modul în care sunt formate, stimulate şi educate competenţele care concură la această activitate cu rol major în viaţa şi activitatea persoanei nevăzătoare.

Limitarea mişcării nu înseamnă pentru nevăzător nici limitarea predestinată a libertăţii personale, nici limitarea accesului la informaţie într-o eră a computerului, nici îngrădirea viselor care pot răzbate până la cer, nici claustrare în propriile-i limite.

Aceasta, deoarece „Dumnezeu i-a dat omului inteligenţa ca să-I ajute în sărăcia simţurilor", cum spunea A Dumas, sugerând că există multe procese şi funcţii performate prin inteligenţă, care pot contribui la compensarea lipsei vederii.

Structural, activitatea de orientare şi mobilitate spaţială presupune o serie de componente, între care există interdependenţă şi intercondiţionare şi care concură la realizarea ei prin competenţele specializate şi educate în acest sens, aşa cum sugerează figura care urmează.

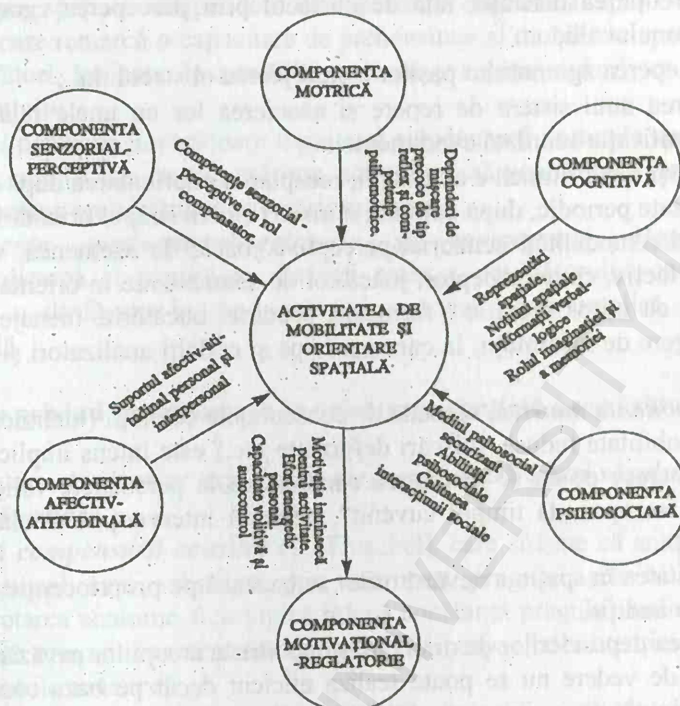


Fig. 10. **Componentele implicate în orientarea spaţială**

Eficienţa orientării spaţio-temporale este condiţionată la nevăzători de experienţă şi de dezvoltarea senzorial-perceptivă şi motrică, ambele susţinând formarea unor abilităţi necesare acestor activităţi.

Componenta senzorial-perceptivă facilitează orientarea spaţială a nevăzătoruilui prin activarea intensă a modalităţilor senzorial-perceptive rămase intacte structural şi funcţional.

Mobilitatea structurilor şi funcţiilor sistemului nervos, integritatea analizatorilor tactil şi auditiv, o mare capacitate de comutare nervoasă sunt câteva din „adaptările" suscitate de lipsa vederii (D. Damaschin).

În scop compensator, se produc unele restructurări funcţionale prin stabilirea unei dominante tactile, motorii sau auditiv-motorii, care dau o notă specifică orientării spaţiale, în sensul că o serie de factori, care nu au semnificaţie prea mare pentru văzători, devin foarte importanţi pentru nevăzători:

- sensibilitate deosebită faţă de unii stimuli (diferenţele curenţilor şi mişcarea aerului în spaţii largi, în intersecţii sau în spaţii închise, care sunt percepute cu ajutorul dosului mâinii sau cu faţa);
- sensibilitatea faţă de multe tipuri de zgomote;
- perceperea unor mirosuri în apropierea obstacolelor;

- diferențierea distanței față de obstacol prin perceperea zgomotului diferit al bastonului alb;
- perceperea zgomotului pașilor la apropierea obstacolului ;
- fixarea unui sistem de repere și asocierea lor cu unele relații cauzale și cu semnificația acordată evenimentelor ;
- desfășurarea ritmică a activității, receptarea și orientarea după anumite semnale repetate periodic, după anumite mirosuri etc. în scopul orientării în timp.

Celelalte modalități senzorial-perceptive joacă, de asemenea, rol compensator; analizatorul olfactiv, ca telereceptor, joacă rol de semnalizare în orientare, mai ales spre anumite spații cu miros specific (farmacie, brutărie, bucătărie, menajerie animală etc.) dar și de culegere de informații, la care participă și ceilalți analizatori și în mod deosebit cel auditiv.

Componenta motrică, afectată de consecințele cecității (întârziere în dezvoltarea motricității, mobilitate redusă, mișcări deformate etc.) este intens implicată în orientarea spațială și, deoarece ea nu se realizează spontan, ca la persoanele valide, sub impulsul unor reflexe care apar „la timpul cuvenit“, necesită intervenții stimulative și educarea psihomotricității.

Mobilitatea în spațiu a nevăzătorilor se bazează pe propriocepție, pe simțul tactil-kinestezic și pe audiție.

Însușirea deprinderilor de orientare și mobilitate a copiilor nevăzători și cu restanțe infim de mici de vedere nu se poate realiza eficient decât pe baza cunoașterii schemei corporale, susținută de o imagine de sine realistă. Pe baza lor, copiii își vor putea achiziționa experiența de cunoaștere, experiența practică, deprinderile de viață cotidiană și deprinderile sociale, cu repercusiuni directe asupra dezvoltării și maturizării psihice și psihosociale (A. Harrow).

Componenta cognitivă este implicată intens în orientarea spațială, în cazul oricărei persoane, și, cu atât mai mult, la nevăzători.

Orientarea spațială implică în mod deosebit un tip special de cunoaștere, numită ***cogniție spațială,*** definită drept capacitatea de percepere și de raportare a experiențelor secvențiale, vizuale sau tactil-kinestezice, la o arhitectură spațială unitară (**B. Landau**, 1988).

Cogniția spațială include prehensiunea și programarea motorie, cunoașterea relațiilor spațiale între obiecte, reperarea, mobilitatea și orientarea în spațiul fizic, manipularea și utilizarea sistemelor de reprezentare (hărți, desene), dezvoltarea și operarea cu noțiunile spațiale.

Gradul și calitatea cogniției spațiale este diferită, după unii autori (**Freiberg, S.**, 1977), la nevăzătorii congenital, la care se remarcă deficite importante în asimilarea și dezvoltarea conceptelor spațiale, mai ales privind structura spațială și poziția relativă a obiectelor.

Spre deosebire de acest autor, **B. Landau** (1988) susține că nu există diferențe esențiale între văzători și nevăzători referitoare la aspectele cogniției spațiale; de asemenea, el relevă și faptul că nevăzătorii folosesc mai mult referențiali spațiali raportați la propria schemă corporală și că la aceștia, simțul auditiv facilitează „ecolocația“, mărimea, distanța și materialul obiectelor. De asemenea, acest autor susține dezvoltarea

timpurie a cogniţiei spaţiale independent de experienţa senzorială, spre deosebire de **Y. Hatwell** (2003), care remarcă o capacitate de prehensiune şi mobilitate spaţială mai mică a copiilor nevăzători, pe care le condiţionează de prezenţa vederii, cu rol major în reprezentarea spaţiului.

Copilul / persoana nevăzătoare trebuie să stăpânească noţiunile spaţiale (poziţie, direcţie, distanţă, amplasare, formă, mărime, acţiune) şi să poată opera practic cu ele ca bază pentru antrenarea mobilităţii şi orientării în spaţiu.

Componenta motivaţional-reglatorie şi componenta afectiv-atitudinală contribuie la realizarea şi menţinera dorinţei reale a nevăzătorului de a se deplasa independent, de a desfăşura în mod autonom activităţi care implică mobilitatea şi orientarea spaţială.

Ipoteze privind compensarea în orientarea spaţială a nevăzătorilor

Există mai multe ***ipoteze explicative ale compensării lipsei văzului în orientarea spaţială a nevăzătorilor:***

- ***ipoteza compensării acustice*** (L. Truschel), care susţine că analizatorul vizual nefuncţional este substituit prin mărimea pragului sensibilităţii auditive; interpretarea anatomo-fiziologică relevă constanţa pragului auditiv, cea care se modifică prin antrenament compensator fiind capacitatea atenţiei de a surprinde informaţiile acustice;
- ***ipoteza compensării barestezice*** (M. Kunz) susţine că deplasarea în spaţiu exercită o presiune (prin dislocarea coloanei de aer) care, reflectată de obiect, este percepută de senzorii segmentelor părţilor descoperite ale corpului; ipoteza este infirmată de cercetările fiziologice, deoarece viteza redusă a curentului de aer (unda reflectată) nu are o presiune atmosferică susceptibilă de a fi captată senzorial;
- ***ipoteza compensării termice*** (S. Grogiu) susţine că, prin antrenament şi practică, nevăzătorul sesizează poziţia obiectelor prin temperatura lor specifică, ipoteză infirmată experimental (în condiţiile unei camere termobarice, în care spaţiul şi obiectele aveau temperatura constantă de 37°, nevăzătorul depista şi identifica totuşi obiectele);
- ***ipoteza acţiunii complexe, plurifactoriale, cu valoare de simbol în gândirea interpretativă a nevăzătorului, a unui al 6-lea „simţ" („simţul obstacolului")***, susţinută de o serie de tiflopedagogi (Pierro Villey); ori, un astfel de simţ nu are suport neurofiziologic, interdependenţa factorilor neavând capacitatea de a crea un nou simţ, ci doar de a dezvolta compensator şi de a adapta căile senzoriale valide;
- ***ipoteza explicativă reieşită din cercetările ştiinţifice actuale*** presupune existenţa unor sunete, imperceptibile pentru văzători (prin needucare şi lipsă de utilizare), pe care nevăzătorii le percep ca pe o senzaţie slabă şi neclară, dar cu rol de semnalizare, de creştere a atenţiei, esenţa actului compensator rămânând interrelaţionarea senzorială plurimodală.

Tehnici de mobilitate şi orientare

Nevăzătorii folosesc mai multe modalităţi pentru mobilitate şi orientare spaţială:

- ***Tehnici de deplasare în spaţiul mic şi familiar (locuinţă, clasă), fără ajutor:***
  - ***Tehnici de protejare a corpului:***
    - protejarea părţii inferioare a corpului;
    - protejarea părţii superioare a corpului;
    - exerciţii de găsire a obiectelor la nivelul taliei, respectiv a obstacolelor la nivelul capului.
  - ***Tehnici pentru căutarea unui obiect căzut pe jos:***
    - folosirea unei mâini ca echilibru, ca punct de referinţă şi executarea cu cealaltă mână a mişcărilor circulare pentru găsirea obiectului;
    - exerciţii, de translaţie, cu ambele mâini.
  - ***Tehnici de înaintare prin pipăirea obiectelor înconjurătoare (trailing)*** - folosirea dosului mâinii pentru a urma o suprafaţă dreaptă
  - ***Tehnici de deplasare dintr-un loc cunoscut în alt loc cunoscut printr-un spaţiu deschis:***
    - squiring off (lipirea călcâielor, a părţii posterioare, a picioarelor sau a spatelui de o suprafaţă sau de un obiect plat, pentru a lua o poziţie definită şi / sau pentru a lua linia de direcţie);
    - taking a line (folosirea unui obiect liniar pentru deplasarea în linie dreaptă, spre o ţintă).
  - ***Tehnici de deplasare într-o încăpere nefamiliară:***
    - squaring off – reperarea uşii încăperii;
    - numerotarea pereţilor / a uşilor;
    - descrierea încăperii (înălţime, formă, lungime, obiecte);
    - înaintarea prin pipăirea reperelor şi a obiectelor.
  - ***Tehnici pentru urmărirea unor trasee în interior:***
    - reperarea intrării principale;
    - abordarea pe secţiuni a clădirilor (identificarea corpurilor, a etajelor, a camerelor, a scărilor, a obstacolelor, a laboratoarelor, a sălilor de clasă, a sălii de sport, a cabinetului medical etc.).
  - ***Tehnici de deplasare cu ajutorul unui ghid văzător*** – pentru familiarizarea cu un spaţiu necunoscut, pentru deplasarea în spaţiul mare sau în cazul în care nu există alt mijloc de orientare; ghidul văzător creează siguranţă şi eficienţă, realizează şi o bună orientare şi informare, dar limitează capacitatea de mişcare şi orientare autonomă a nevăzătorului;
  - ***Deplasarea înainte*** – persoana nevăzătoare merge la jumătate de pas în spatele ghidului, ţinându-i braţul cu degetul mare în afară şi cu celelalte pe sub braţul acestuia (apropiat de corp), chiar deasupra cotului (copilul ţinându-l de încheietura mâinii);
  - ***Cotirea spre dreapta sau spre stânga:***
    - ghidul şi persoana nevăzătoare execută cotirea printr-o mişcare lină;

- cotirea simplă - persoana nevăzătoare stă pe loc și ghidul execută cotirea;
- cotirea spre interior.
- ***Schimbarea părții pe care se face deplasarea*** – ținându-se de spatele ghidului, persoana nevăzătoare schimbă brațul;
- ***Deplasarea în spațiul îngust sau în zonele aglomerate*** – persoana nevăzătoare merge exact în spatele ghidului;
- ***Deschiderea și închiderea ușilor*** – persoana nevăzătoare reperează clanța prin brațul călăuzitor al ghidului;
- ***Urcarea scărilor*** – scările se vor urca din față și nu din unghi, aproape de balustradă:
  - urcarea este condusă prin brațul călăuzitor al ghidului, care se ridică;
  - coborârea scărilor – brațul călăuzitor al ghidului se coboară;
  - scările se pot coborî și cu ajutorul bastonului, mai ales dacă nevăzătorul este familiarizat cu topografia locului.
- ***Așezarea pe scaun*** – brațul călăuzitor al ghidului se așează pe spătarul scaunului, după care se orientează cu mâna liberă persoana nevăzătoare spre a se putea așeza.

  Urcarea în mașină se face prin reperarea mânerului ușii, urmată de așezarea pe scaun în același mod.

- ***Tehnicile de deplasare în spațiul deschis, cu baston:***
  - ***Deplasarea cu bastonul simplu***, din lemn alb, prin sprijinirea de el în timpul mersului;
  - ***Deplasarea cu bastonul-simbol*** (propus nevăzătorilor în Franța, în 1930, de către contesa Gilly d'Herbemont, ca mijloc de protecție și simbol al situației de nevăzător), compus din patru piese netede din aluminiu, legate prin elastic, astfel încât să poată fi strâns.

  Ziua de 15 octombrie este considerată Ziua Universală a Bastonului Alb.

  - ***Deplasarea cu bastonul-ghid*** – mai solid, compus din 4 piese din aluminiu cu greutate și densitate mai mare, acoperit în plastic alb, striat și folosit pentru detectarea obstacolelor;
  - ***Deplasarea cu bastonul lung*** – rigid, cu un mâner de cauciuc, uneori curbat, acoperit cu o bandă albă reflectorizantă și având lungimi variabile, între 90 cm și 150 cm. Tehnica utilizării acestui tip de baston este una specială, care trebuie corect interiorizată spre a evita accidentele ce se pot produce.
- ***Tehnicile de deplasare cu câinele-ghid*** constau în folosirea în orientarea și mobilitatea nevăzătorilor a câinilor-ghizi special antrenați;
- ***Tehnici de deplasare cu ajutor electronic*** – realizate cu ajutorul unor aparate care transformă semnalele vizuale în semnale sonore.

Mobilitatea în spațiu a nevăzătorilor se bazează pe propriocepție, pe simțul tactil-kinestezic și pe auz, componente psihice care trebuie antrenate în scop compensator, spre a suplini lipsa vederii sau vederea funcțională foarte scăzută.

Pentru stimularea orientării pot fi folosite hărți sau planuri de orientare, care facilitează deplasarea în spațiu prin detaliile conținute privind mișcările, distanțele,

direcţiile, precum şi hărţi geografice, în relief sau cu transmiterea audio a informaţiilor utile, ale unei localităţi, ale unui spaţiu special etc., foarte utile pentru nevăzători (aşa cum este harta electronică a străzilor din centrul Clujului, cu toate detaliile, pe baza unui soft cu voce).

Mobilitatea şi orientarea nevăzătorilor în spaţiul unui oraş este facilitată de semaforizarea sonoră, de marcajele pietonale, de accesibilizarea diferitelor mijloace de transport aerian, feroviar sau terestru, a locurilor publice destinate tinerilor, prin inscripţionări în Braille sau prin mijloace audio (din nefericire, puţin realizate în România); la acestea se adaugă şi mentalitatea angajaţilor din diferite instituţii publice, care împiedică procesul de accesibilizare şi oferă deficienţilor de vedere servicii doar din obligaţie, uneori, dezorientându-I şi mai mult.

Eficienţa mobilităţii şi a orientării spaţiale, în obţinerea autonomiei şi independenţei personale, depinde de activităţile prin care sunt formate şi stimulate componentele ei structurale:

- activităţi pentru stimularea competenţelor senzorial-perceptive în sens compensator;
- activităţi pentru formarea şi stimularea competenţelor motrice:
  - activităţi pentru formarea unor deprinderi fundamentale de mişcare şi de orientare;
  - activităţi pentru formarea unor deprinderi de structurare spaţială şi de orientare în spaţiu (cunoaşterea spaţiului de mişcare prin repere cu valoare de semnalizare);
  - activităţi de formare a unor deprinderi de orientare, organizare şi structurare temporală;
  - activităţi de formare a unor deprinderi locomotorii.
- activităţi pentru stimularea competenţelor cognitiv-verbale în sens compensator;
- activităţi pentru stimularea competenţelor motivaţional-reglatorii;
- activităţi pentru stimularea competenţelor afectiv-atitudinale şi psihosociale.

Timpul real, cronologic şi măsurabil în mod obiectiv se particularizează prin trăirea lui în plan subiectiv, psihologic, prin perceperea şi evaluarea individuală a succesiunii, a duratei şi prin modul de ***orientare temporală***.

Cu referire la ***percepţia timpului***, în cazul persoanelor slab-văzătoare, aceasta nu se deosebeşte prea mult de cea a văzătorilor.

Astfel, ***perceperea succesiunii temporale*** se realizează prin identificarea simultaneităţii (a concomitenţei în timp a două stări, evenimente, acţiuni etc.) şi a diacronicităţii (a ordinii de derulare a evenimentelor, a etapelor unei activităţi etc.), prin aportul, aşa cum relevă P.Fraisse, factorilor fizici (de exemplu, viteza de transmitere a luminii sau a sunetului), biologici (distanţa de la receptor la cortex, natura şi structura receptorilor senzoriali care au latenţe şi inerţii diferite), psihologici (atitudinea subiecţilor, organizarea stimulilor, ordinea lor etc.).

Perceperea, dar, mai ales, ***estimarea duratei*** (intervalul care separă doi stimuli, două evenimente, două acţiuni etc.) se pot face atât cantitativ (durată scurtă, lungă, medie etc.), cât şi calitativ, prin cuprinderea cvasisimultană a aspectelor succesive ale

schimbării, cum remarca P.Fraisse, existând tendinţa supradimensionării duratelor scurte şi a subestimării celor lungi, în funcţie de calităţile memoriei retrospective, a atenţiei, a factorilor motivaţionali, emoţionali, a intereselor etc, dar şi în funcţie de natura sarcinii, a evenimentului, a contextului social sau a unor stări particulare (sub efectul alcoolului, a drogurilor, a unor medicamente, a oboselii, stressului, anxietăţii etc.).

Orientarea temporală constă în racordarea unui eveniment, a unei schimbări, a unei activităţi, dar, mai ales a propriei fiinţe, la repere temporale: sistemul fizic şi cosmic (reprezentat de repetarea fenomenelor naturale ca alternanţa zi / noapte, succesiunea zilelor, a anilor, ciclicitatea anotimpurilor, mişcarea astrelor etc.), sistemul biologic (reprezentat de ritmicitatea funcţiilor organismului ca starea de somn / veghe, alimentaţia, ciclurile metabolice etc.) şi sistemul socio-cultural (construit istoric, pe baza existenţei şi activităţilor umane).

La nevăzători, experienţierea şi conştientizarea trecerii timpului, precum şi relaţia dintre timpul real şi timpul subiectiv se desfăşoară în absenţa vederii, care, prin funcţiile ei, susţine percepţia timpului şi orientarea în timp.

Mecanismele perceptive, atenţionale, mnezice joacă rol compensator şi sunt, în egală măsură, procese cu rol în formarea experienţei subiective a timpului.

Aceasta se formează prin „măsurarea" evenimentelor şi a activităţilor cotidiene, prin conştientizarea duratei ritmurilor biologice proprii şi a ciclicităţii fenomenelor cosmice şi nu în ultimul rând prin imitaţie şi învăţare socială responsabile pentru experienţa subiectivă a timpului.

Timpul obiectiv este „măsurat" prin învăţarea unităţilor temporale convenţionale (secundă, minut, oră, an etc.), citite pe ceasornice adaptate sau pe telefoanele mobile, cu marcaje în Braille, precum şi prin asocierea lor cu evenimentele trăite şi cu activităţile realizate.

Noţiunile temporale legate de timpul istoric (deceniu, secole, eră etc.), sunt înţelese, uneori, mai ales de copiii de vârstă şcolară mică, destul de greu, iar orientarea evenimentelor pe scara istorică este confuză şi dificil de înţeles.

Pentru dezvoltarea integrală a copilului nevăzător şi pentru realizarea instrucţiei şi educaţiei sale, inclusiv pe planul mobilităţii şi orientării spaţio-temporale se pot aplica şi programe intensive de terapie cognitivă, ludoterapie sau terapie ocupaţională şi artterapie.

4. SPECIFICUL INTEGRĂRII SOCIO-PROFESIONALE

Modelul actual de orientare profesională presupune nu numai aspecte ce ţin de cunoaşterea şi pregătirea pentru profesie, ci şi de pregătirea pentru viaţă, pentru muncă şi pentru creaţie.

Din punct de vedere socio - educaţional, orientarea şcolară şi profesională reprezintă ***un sistem unitar de acţiuni***:

- ***informare*** cu privire la profesia aleasă şi la cererea ei pe piaţa muncii;
- ***psihodiagnoza de orientare;***
- ***cunoaşterea integrală a personalităţii şi stimularea autocunoaşterii;***

- ***consilierea*** în vederea exprimării adecvate şi responsabile a opţiunilor, ţinând cont de particularităţile psiho-individuale şi de vârstă, de exigenţele profesiei, de competiţia pe piaţa muncii, de nevoia de autorealizare, de conţinutul şi calitatea intereselor şi aspiraţiilor profesionale;
- ***cunoaşterea şi corectarea distorsiunilor*** generate, uneori, de informarea accidentală sau empirică prin influenţele mai puţin avizate ale familiei, mass media, prietenilor, referitoare la unele meserii şi profesii (nobile / mai puţin nobile, plăcute /monotone şi plictisitoare, uşoare / grele şi extenuante etc.);
- ***educarea în spiritul preţuirii oricărei munci şi profesii,*** fiecare fiind, în felul ei o „brăţară de aur " dacă e practicată cu pasiune şi ţinută morală, nobleţea fiecărei profesii decurgând din valoarea ei socială, din calitatea împlinirii ei, din utilitatea ei socială, din forţa umană de dăruire şi de autorealizare creatoare prin muncă.

Cu referire strictă la ***orientarea şcolară şi profesională a deficienţilor vizual***, remarcăm faptul că acest demers a avut şi are în Tiflopsihopedagogia românească o tradiţie recunoscută, cu valoare nu numai „istorică", ci şi cu valoare validată de timp şi de ştiinţa actuală.

Orientarea şcolară şi profesională reprezintă o activitate importantă, realizată pe tot parcursul şcolarităţii elevilor deficienţi vizual, dar mai ales la sfârşitul ciclului gimnazial şi respectiv al celui liceal, când, în cadrul unei echipe de expertiză interdisciplinară, se repartizează elevii ambliopi şi nevăzători în diferite reţele şcolare şi profesionale.

Limitele fiziologice ale deficienţilor de vedere determină şi limite în plan psihologic, psihosocial, performanţial şi profesional, care trebuie cunoscute şi conştientizate, pentru a preîntâmpina dificultăţile adaptative, de integrare, precum şi potenţialele eşecuri şcolare şi profesionale.

Orientarea şcolară şi profesională a deficientului vizual se constituie într-o activitate cu trăsături specifice, atât din punct de vedere al obiectivelor vizate, cât şi din punct de vedere al metodelor concrete prin care se realizează.

Evaluarea psiho-pedagogică a copiilor şi tinerilor deficienţi vizual în scopul orientării profesionale trebuie să fie obiectivă şi atent realizată, fără a fi redată printr-o simplă „etichetă", aplicată în mod arbitrar şi pentru totdeauna; rezultatul evaluării trebuie finalizat printr-un profil al procesualităţii şi operativităţii psihice şi al personalităţii, în dinamica progresivă a factorilor ecuaţiei personale, care să devină mijloc eficient de autoapreciere şi feed-back pentru factorii educativi (care pot astfel să-şi proiecteze intervenţiile educaţionale, recuperatorii şi stimulative, de îmbogăţire intelectuală şi spirituală, pe o altă treaptă de şcolarizare), dar şi pentru deficientul însuşi, spre a deschide calea spre o integrare socio-profesională optimă, adaptativă şi cu rol compensator.

Caracterul specific al orientării profesionale a deficienţilor vizual este determinat de modul în care se particularizează factorii definitorii pentru orientarea şcolară şi profesională:

- interesele, motivaţia şcolară şi profesională şi nivelul de aspiraţie;
- opţiunile proprii şi opţiunile familiei;
- gravitatea dificultăţilor adaptative şi de integrare;
- profilul general al procesualităţii psihice;

- specificul trăsăturilor de personalitate;
- natura, gradul şi evoluţia deficienţei vizuale;
- gradul de informare privind limitele psihofizice proprii, privind solicitările profesiei, privind indicaţiile şi contraindicaţiile exercitării acesteia;
- raportul între pregătirea profesională şi exercitarea unei profesii;
- corelaţia dintre nevoia socială (cerinţa de forţă de muncă) şi încadrarea deficienţilor vizual, condiţionată de disponibilitatea şi cointeresarea angajatorilor;
- pregătirea pentru profesii corespunzătoare standardelor europene şi solicitate în contextul integrării României în Uniunea Europeană.

Deoarece deficienţa vizuală limitează capacitatea de asimilare a informaţiilor şi a experienţei sociale, orientarea şcolară a copiilor, mai ales în contextul integrării, este foarte importantă încă din ciclul primar.

Tipul de instituţie şcolară trebuie să fie adecvat şi corespunzător particularităţilor fizice şi psihice de vârstă, marcate de vederea slabă sau de lipsa vederii, precum şi particularităţilor psihoindividuale ale copiilor.

Opţiunea pentru învăţământul special /integrat/incluziv al copiilor deficienţi de vedere trebuie să ia în consideraţie şi evoluţia şi prognosticul bolii de fond.

În cazul deficienţilor de vedere (ca şi în cazul altor categorii de deficienţi) este imperios necesară realizarea unui ***diagnostic formativ dinamic***, vizând nu numai diagnoza de stare, ci mai ales zona proximei dezvoltări, astfel încât fiecare intervenţie educaţională, terapeutică, recuperatorie să poată contribui la procesul dezvoltării optime şi la progres continuu pe toate planurile.

În învăţământul românesc actual s-au manifestat şi se manifestă, în general, ***două direcţii prioritare referitoare la orientarea şcolară a copiilor deficienţi vizual***:

- ***instruirea, educarea şi pregătirea pentru viaţa socio-profesională în instituţii şi clase speciale, cu o metodologie specifică şi cu activităţi specifice compensator-recuperatorii (educaţie vizual-perceptivă, tiflografie, mobilitate şi orientare, învăţarea scris-cititului Braille, kinetoterapie etc.), incluse în curriculum-ul naţional al şcolilor pentru deficienţii de vedere.*** Astfel de instituţii speciale există la Bucureşti, Cluj-Napoca, Timişoara, Buzău, cu învăţământ preşcolar, şcolar, liceal şi profesional, precum şi la Arad, Târgu-Frumos, Râmnicu-Sărat, cu şcoli de arte şi meserii pentru nevăzători (profesii precum: cartonaj, confecţioner de perii şi mături) şi pentru ambliopi (tapiţerie, mase plastice, industria alimentară); în ultimii ani, fiecare instituţie şcolară specială şi-a diversificat oferta educaţională şi pregătirea profesională, aşa cum a fost prezentat într-un capitol anterior;
- ***integrarea în clase/şcoli publice,*** pe baza aplicării principiului normalizării şi al egalizării şanselor educaţionale, al „şcolii pentru toţi" şi al „educaţiei pentru diversitate", în care, însă, pregătirea pentru profesiile specifice, care pot fi practicate de către ambliopi şi de către nevăzători, este limitată sau chiar absentă.

În România, după 1989, s-au creat o serie de oportunităţi şcolare şi profesionale în domeniul teoretic liceal: clase cu profil umanist, real, ştiinţele naturii, informatică, sanitar (fizioterapie şi asistenţă medicală), horticol, turism şi în domeniul tehnologic

(tâmplărie, tapiţerie, lăcătuşerie, mase plastice, industrie alimentară), iar pentru tinerii cu deficienţe asociate, o serie de meserii: confecţioner de perii, mături, produse din carton, nasturi; de asemenea, pentru persoanele cu deficienţă vizuală şi/sau deficienţe asociate, de diferite vârste, neinstituţionalizate din varia motive, s-au creat oportunităţi de instrucţie la domiciliu prin „echipe mobile de educaţie", prin profesori itineranţi şi de sprijin (care profesează şi în clasele integrate în învăţământul normal).

Orientarea profesională vizează valorificarea aptitudinilor fizice şi psihice, care constituie, de fapt, indici probabili ai reuşitei în exercitarea profesiei viitoare.

Exercitarea profesiei nu trebuie să agraveze starea deficienţei, ci trebuie să se bazeze atât pe restanţele funcţionale vizuale, cât mai ales, pe ceilalţi analizatori antrenaţi în scop compensator.

Orientarea profesională specializată, pe baza interviului şi a testării psihologice şi vocaţionale, realizată de către specialişti din domenii interdisciplinare, trebuie să aibă la bază armonizarea trăsăturilor proprii ale deficientului de vedere cu aspiraţiile sale profesionale, cu mediul profesional şi cu solicitările reale ale profesiei.

Reuşita profesională viitoare este condiţionată de modul în care s-a realizat educarea şi reeducarea funcţională, autonomia personală, formarea şi îmbogăţirea experienţei cognitive şi practice prin stimulare polisenzorială, compensarea intramodală, intermodală şi tiflotehnică, formarea imaginii de sine reale, a unui tonus pozitiv şi a unei vieţi personale sincronizate eficient cu viaţa socio-comunitară şi cu dorinţa de exercitare a profesiei alese.

Pe lângă meseriile tradiţionale ce pot fi practicate de către ambliopi şi de către nevăzători, în societatea actuală s-au dezvoltat o serie de alte profesii legate de tehnologia informaţiei şi de mijloacele de acces la aceasta.

Orientarea vocaţională a deficienţilor de vedere trebuie să elimine riscul unor „alegeri nevrotice" (J. Peter Mittler), când opţiunile profesionale se situează sub nivelul real al capacităţilor individuale, din teama de eşec, din sentimentul de ratare, de resemnare sau dintr-un nivel de aspiraţie excesiv de înalt sau excesiv de coborât.

Deşi sunt identificate în jur de 500 de meserii considerate accesibile pentru deficienţii de vedere, ei sunt profesionalizaţi, totuşi, pentru un număr limitat de meserii sau profesii.

M. I. Zemţova menţionează unele dintre acestea: strungar, şlefuitor, frezor, matriţer, muncitor pentru deservirea maşinilor automate reglate, filator, bobinator, tâmplar, producator de mobilă, tapiţer, plăpumar, confecţioner de perii şi mături, de obiecte de nuiele, de nasturi, de ambalaje din carton, telefonist, radio - telefonist, masseur, asistent medical, radiofonist, acordor de instrumente muzicale, tipograf etc. În acelasi timp mulţi deficienţi de vedere sunt absolvenţi de învăţământ superior (alături de colegii lor fără deficienţă), devenind profesori, jurişti, asistenţi sociali, psihopedagogi speciali, educatori, scriitori etc. şi care realizează chiar performanţe superioare în domeniul respectiv.

În ordine istorică, meseriile de masseur şi cântăreţ la diverse instrumente sau acordor de instrumente muzicale şi-au menţinut valoarea şi statutul de meserii practicate de persoanele nevăzătoare, care dovedesc abilităţi şi capacităţi deosebite în acest sens.

Societatea modernă actuală solicită o direcţionare şi o valorificare maximală a potenţialului fiecărei persoane integrate într-o activitate profesională utilă în scopul împlinirii sale ca personalitate şi ca valoare social umană de prim ordin.

De aceea, ***un obiectiv prioritar al integrării socio-profesionale a deficienţilor de vedere constă în întărirea încrederii în sine prin conştientizarea propriilor calităţi şi defecte, a cunoştinţelor şi competenţelor, prin autoevaluarea realistă şi sinceră, prin stimularea curajului de a se valoriza în plan personal şi în context social, de a-şi asuma responsabilităţi, de a proiecta scopuri, de a lua decizii, de a-şi duce la îndeplinire sarcinile asumate legate de profesie*** (**A. Rozorea**, 2009).

Orientarea şcolară şi profesională actuală trebuie să asigure eficienţa şcolară şi profesională viitoare a elevilor deficienţi vizual în consens cu schimbările majore ale societăţii actuale, cu principiile generoase care stau la baza instrucţiei şi educaţiei acestora (principiul normalizării, principiul egalizării şanselor, principiile şcolii incluzive etc.).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

AZUMAR, S., 1978, *Approche psychopathologique de l'espace et de sa structuration*, Paris, PUF.

BORCA, C., 2007, „Învăţarea mediată la elevul cu deficienţă de vedere", Bucureşti, în *Revista de Ştiinţe ale Educaţiei*, nr. 1.

BORCA, C., 2007, „Organizarea şi structurarea spaţială la copiii cu deficienţă de vedere", Bucureşti, în *Revista de Ştiinţe ale Educaţiei*, nr. 2.

BOTEZ, C, MAMALI, M, PUFAN, P, 1971, *Selecţia şi orientarea profesională*, Bucureşti, Centrul de documentare al Ministerului Muncii.

CHIRCEV, A., SALADE, D., 1976, *Orientare şcolară şi preorientare profesională*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

*** *Clasificarea Ocupaţiilor din România. Manual pentru utilizatori*, 1996, Grupul de Lucru pentru Informare şi Consiliere privind Cariera, Bucureşti, Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale.

CREŢU, C., 1998, *Curriculum diferenţiat şi personalizat*, Iaşi, Editura Polirom.

ENACHE, G., 1990, „Date experimentale privind rolul psihomotricităţii în scris-cititul Braille la nevăzători", în VERZA, E., *Elemente de psihopedagogia handicapaţilor*, Bucureşti, Editura Universităţii.

HEUSSIER, E., 1982, „L'enfant, son corps et l'espace. Apprendre a regarder" în *Les cahiers de l'enfance inadaptée*, Paris, PUF, nr. 253.

JURCĂU, N, 1980, *Aptitudinile profesionale.Cercetări de psihologie aplicată*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.

LESLIE L. CLARK, 1984, *A guide to developing Braille and talking book services*, München, K.G.Saur.

LURÇAT, L., 1997, „Activité graphique des deux mains: contrôle visuelle et contrôle kinesthésique" în *Revue de Psychologie Apliquée*, 20, 3.

MAMALI, C, 1981, *Balanţa motivaţională şi co-evoluţie*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică.

PITARIU, H., 1983, *Psihologia selecţiei şi formării profesionale*, Cluj Napoca, Editura Dacia.

PLOSCA, M, MOIS A., 2001, *Consiliere privind cariera*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.

POP, ŞT., şi colab., 1964, „Unele particularităţi ale sistemului de scriere Braille" în *Probleme de defectologie*, vol. IV, Bucureşti, EDP.

PREDA, V., CZIKER, R., 2005, *Explorarea tactil-kinestezică în peceperea obiectelor, a imaginilor tactile şi în lectura Braille*, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujeană.

ROZOREA, A., 1997, „Specificul însuşirii matematicii şi al evaluării progresului şcolar al elevilor deficienţi de vedere", Bucureşti, în revista *Recuperarea şi integrarea persoanelor cu handicap*, nr. 2/1997, pp. 32-46.

ROZOREA, A., 1993, „Programa de educaţie vizual-perceptivă. Compensarea", în volumul *Programe şcolare pentru clasele I – IV, Şcoala specială pentru elevi cu handicap vizual-ambliopi*, Bucureşti, Ministerul Învăţământului.

ROZOREA, A., 1998, *Deficienţa de vedere - o perspectivă psihosocială şi psihoterapeutică*, Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".

ROZOREA, A., 1997, „Deficienţa de vedere, în *Psihopedagogie specială. Deficienţe senzoriale*, Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".

ROZOREA, A., 2003, *Deficienţele senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale* (vol. I şi vol.II), Constanţa, Ed. „Ex Ponto".

ROZOREA, A., 2004, *Stimularea învăţării la elevul deficient vizual prin tehnici terapeutice de grup*, Bucureşti, Editura Cartea Universitară.

ROZOREA, A., 2008, „Eşecul şcolar al copiilor cu diferite deficienţe – între etiologie şi iatrogenie", în *Protecţia socială a copilului*, nr. 29-30/2008, FICE – România, Bucureşti, Editura Universitară.

ROZOREA, A., 2008, „Elevul deficient vizual şi particularităţile învăţării şcolare din perspectiva ergonomiei cognitive", în volumul *Primei Conferinţe Naţionale de Tehnologie Informatică Inclusivă „ProInclusiv 2008"*, Bucureşti, Editura ASE.

ZĂPÂRŢAN M., 1990, *Eficienţa cunoaşterii factorilor de personalitate în orientarea şcolară şi profesională a elevilor*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.

ZENDER, A., MEDOW, H., 1963, „Individual and Group Level of Aspiration", în *Human Relation*, vol. 16, pp. 89-105.

CAPITOLUL X
ABORDARE ŞI PERSPECTIVĂ LOGOPEDICĂ

1. LOCUL LOGOPEDIEI ÎN CADRUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

Logopedia face parte din sistemul ştiinţelor psihopedagogice, fiind o ramură a ştiinţei psihopedagogiei speciale care vizează, din punct de vedere teoretic, cercetarea limbajului şi comunicării, a importanţei acesteia în relaţie cu evoluţia personalităţii, iar din punct de vedere practic-aplicativ, formularea unor legi şi metode corectiv-educaţionale ale limbajului tulburat, prevenirea dificultăţilor verbale şi stimularea comportamentelor verbale corecte şi elevate.

„Prin urmare, logopedia este, pe de o parte, o disciplină psihopedagogică teoretică, izvorâtă din necesitatea de a elucida complexele probleme ale limbajului, ce are un rol deosebit de important în viaţa psihică şi în structurarea personalităţii fiecărui individ, iar pe de altă parte, o disciplină cu un pronunţat caracter practic, ce vizează educarea limbajului tulburat, optimizarea comunicării, înţelegerii şi restabilirii relaţiilor specific umane. Constituirea ei a fost posibilă ca urmare a progreselor realizate în domeniul ştiinţelor psihologice şi pedagogice, dar şi a progreselor realizate în domeniul ştiinţelor psihologice şi pedagogice, precum şi în cel al medicinii, fiziologiei, lingvisticii etc." (E. Verza, 2003, pag. 25).

Asemănător celorlalte ştiinţe care, în evoluţia lor, se sprijină pe datele acumulate în domeniile apropiate, şi logopedia se bazează pe o serie de informaţii din psihologie, tiflopsihologie, psihologie medicală şi psihopatologie, psihofiziologie şi neuropsihologie, psiholingvistică şi lingvistică etc. În acelaşi timp, cercetările şi studiile realizate din perspectivă logopedică aduc în discuţie un material valoros, menit să elucideze mecanismele complexe ale elaborării şi producerii limbajului şi comunicării, a efectelor pentru dezvoltarea şi echilibrul vieţii psihice. De aici rezultă că terapia logopedică se bazează pe cunoaşterea particularităţilor psihologice, ale formării şi evoluţiei limbajului, a caracteristicilor psihopedagogice ale dezvoltării psihismului şi ale activităţii educative a persoanelor normale, ca şi a diferitelor categorii de handicapaţi, a implicaţiilor deprivării senzoriale şi mentale asupra psihologiei individului şi asupra limbajului, pe cunoaşterea structurii şi organizării aparatului fonoarticulator, a poziţiei şi formei corecte în emisia verbală, a regulilor gramaticale şi stilistice ale elaborării scris-cititului ş.a. La rândul său, logopedia pune la dispoziţia acestor ştiinţe informaţii utile cu privire la prevenirea, formarea şi corectarea limbajului tulburat, teoretizează, pe baza activităţii concrete, şi îmbogăţeşte metodologia de formare a vorbirii, de stimulare a înţelegerii comunicării şi de creare a unui cadru metodologic ştiinţific pentru dezvoltarea personalităţii şi comportamentelor armonioase.

Deşi preocupările şi studiile realizate în decursul timpului asupra tulburărilor de limbaj şi ale comunicării se făceau tot mai simţite, logopedia s-a constituit, ca ştiinţă, abia în prima decadă a secolului al XX-lea, prin sintetizarea, teoretizarea şi aplicarea la realităţile practicii, a ideilor valoroase de psihologia limbajului şi a tulburărilor comunicării, care apăreau, mai mult sau mai puţin sporadic, într-o serie de domenii apropiate logopediei, dar, mai cu seamă, a cercetărilor tot mai frecvente realizate, nemijlocit, din perspectivă logopedică de specialişti aparţinând unor domenii diferite.

Aşa se explică faptul că o serie de termeni, care se menţin şi azi în logopedie (dislexie, disgrafie, rinolalie etc.), sunt de provenienţă medicală. Dar prin natura ştiinţei logopedice de a investiga limbajul şi comunicarea, de a adopta o terapie unitară pentru dezordinile ce se produc la acest nivel sau a retardurilor ce se înregistrează în anumite condiţii, metodele şi procedeele utilizate au un pronunţat caracter psihopedagogic şi, prin aceasta, se delimitează locul logopediei în cadrul ştiinţelor psihopedagogice şi, în primul rând, ca ramură a psihopedagogiei speciale (defectologia).

În acest context, logopedia contemporană îşi defineşte şi extinde menirea de la corectarea tulburărilor de limbaj, la prevenirea şi studierea impactului ce îl au acestea asupra relaţionării individului pentru a fundamenta educarea şi restabilirea echilibrului psiho-fizic şi dezvoltarea unei integre personalităţi, prin valorificarea comportamentului verbal şi a relaţiei acestuia cu personalitatea în vederea unei dezvoltări psihice sănătoase şi armonioase.

Deşi preocupările specifice logopediei s-au manifestat cu mult înainte în ţara noastră, practica logopedică s-a legalizat mult mai târziu, în 1949, şi apoi a fost întărită printr-o nouă legiferare, în 1957. Mai întâi, iau fiinţă cabinete logopedice în policlinici şi în unele spitale de neurochirurgie, iar apoi sunt organizate centre logopedice interşcolare, axate, în principal, pe terapia tulburărilor de limbaj ale copiilor normali şi cabinete logopedice pe lângă unele grădiniţe şi pe lângă unităţi speciale pentru handicapaţi. După 1990, la acestea se adaugă cabinetele logopedice particulare deschise pentru orice categorie de logopaţi.

Constituită pe deplin ca ştiinţă în prima decadă a secolului al XX-lea, logopedia debutează prin delimitarea domeniului său faţă de foniatrie, concept apărut în unele clinici (O.R.L.) din nevoia preocupărilor faţă de tulburările de voce. Astfel, unii specialişti consideră că foniatria are ca domeniu aparte întreţinerea organelor fonatoare şi patologia vocală, iar alţii, ca pe o specializare a logopediei. La primul Congres de logopedie şi foniatrie, ce a avut loc la Viena, în 1942, s-a militat pentru punerea în acord a preocupărilor celor două domenii sau, aşa cum afirma E. Fröschels, cel puţin „împăcarea" lor. În prezent, sfera logopediei se extinde asupra tuturor tulburărilor de limbaj, inclusiv asupra celor de voce, ca şi asupra studiului comunicării şi a dezvoltării unor abilităţi de expresie verbală cu scopul de a facilita desfăşurarea relaţiilor interumane pentru afirmarea personalităţii şi comportamentelor adaptabile.

Prin urmare, logopedia are, în primul rând, un caracter aplicativ: de prevenire şi de terapie a tulburărilor de limbaj în vederea dezvoltării psihice generale a persoanei, de a stabili sau restabili relaţiile de comunicare ale subiectului cu semenii săi, de a facilita inserţia în comunitate, de a se forma şi dezvolta pe măsura disponibilităţilor sale. Astfel, activitatea logopedică este centrată asupra copiilor nu numai din cauza frecvenţei mai mari a handicapurilor de limbaj, dar şi pentru faptul

că la aceştia vorbirea este în continuă structurare şi dezvoltare, iar dereglările apărute au tendinţa, ca odată cu trecerea timpului, să se consolideze şi să se agraveze, transformându-se în deprinderi deficitare.

De aici, rezultă scopul educativ-formativ al logopediei şi anume acela de a contribui la dezvoltarea psihică a individului şi de a-l ajuta pe copil să depăşească dificultăţile şcolare şi de adaptare. Din aceeaşi perspectivă, sunt, în egală măsură, semnificative demersurile pentru prevenirea handicapurilor de limbaj şi terapia lor. Vârstele preşcolară şi şcolară mică sunt cele mai favorabile pentru o acţiune logopedică eficace. Desigur, că handicapurile limbajului pot şi trebuie să fie corectate şi la vârstele adulte, mai cu seamă că ele duc la dezadaptabilităţi sociale, la tulburări de personalitate şi pot perturba poziţia socială a persoanei.

Nu mai puţin importantă este şi perspectiva teoretică a logopediei, menită să acumuleze un bogat material informativ cu privire la psihologia limbajului şi comunicării, obţinut prin decelarea unor variabile de tipul experimentului natural, provocat de situaţia critică a logopatului şi care, ulterior, va sta la baza constituirii metodologiei educaţional-recuperative.

Aşa cum rezultă din cele spuse mai sus, logopedia are multiple legături cu o serie de ştiinţe şi se înscrie în sistemul de conexiuni al diferitelor domenii aplicative şi teoretice. Multiplele condiţionări ale logopediei cu alte ştiinţe sunt impuse şi de activitatea practică, pentru succesul căreia este nevoie de colaborarea între logopezi, psihologi, psihopedagogi, medici şi lingvişti. E. Fröschels vede în logoped specialistul care posedă cunoştinţe din domeniile psihologiei, în primul rând al psihologiei copilului, psihoterapiei, psihopatologiei, foniatriei, foneticii, psihodiagnozei, laringologiei, rinologiei.

Şi în cercetarea problemelor limbajului şi a comunicării există multe zone de intersecţie între logopedie şi alte ştiinţe, precum psihologia, psiholingvistica, foniatria, lingvistica, dar ele nu se confundă. Psihologia copilului este de un real folos logopediei, prin cunoaşterea etapelor de dezvoltare şi manifestare psiho-comportamentale, prin enunţarea posibilităţilor de evoluţie în raport de condiţiile instructiv-educative şi, mai ales modul cum evoluează şi se dezvoltă comunicarea copilului pe etape de vârstă, rolul acesteia în determinarea personalităţii. Aceste cunoştinţe sunt întregite prin dinamica şi mecanismele dezvoltării, în cazul diferitelor deficienţe psihice de care se ocupă psihopedagogia specială – psihologia deficienţilor şi pedagogia deficienţilor. Psihologia generală face posibilă cunoaşterea mecanismelor de dezvoltare a limbajului, a funcţiilor sale şi a rolului acestora în viaţa psihică, a principiilor de dezvoltare a comunicării şi a impactului acesteia în adaptarea individului la viaţa social-culturală. Cunoştinţele din medicină, dar mai cu seamă cele din psihologia medicală, psihopatologie, foniatrie, laringologie, psihiatrie, neurologie, creează un tablou complex al înţelegerii alterării psihice, al patologiei organelor fonatoare şi al implicaţiilor acestora asupra formării şi evoluţiei limbajului. De asemenea, aceste discipline fac posibilă înţelegerea rolului jucat de tratamentul medicamentos în ameliorarea vieţii psihice şi a recuperării fizice, facilitând, astfel, acţiunile educative. La rândul său, logopedia pune la dispoziţia acestor ştiinţe o serie de date de un interes deosebit pentru înţelegerea etiologiei şi simptomatologiei tulburărilor de limbaj şi de comunicare, a mecanismelor şi dinamicii formării vorbirii corecte sub influenţa acţiunii educative, a rolului jucat de emisia-

recepția corectă a vorbirii pentru dezvoltarea psihică a fiecărei persoane și pentru adaptarea sa la mediul social și nu în ultimul rând o metodologie recuperativă fundamentată științific și validată în practică de-a lungul timpului.

Așa se explică relațiile logopediei cu alte științe și necesitatea acțiunii în echipă și evidențiază problematica specifică fiecărui domeniu, dar și avantajele colaborării atât pe plan teoretic, cât și practic. Înțelegerea acestui fapt contribuie la progresul științelor respective și la obținerea rezultatelor eficiente în dezvoltarea persoanelor afectate psihofizic.

2. LEGILE LOGOPEDIEI

Pentru a căpăta statutul de știință, și logopedia trebuie să dispună de legi proprii care raportate la conținutul și principiile domeniului, să reflecte în mod riguros evoluția și progresele științei raportate la dimensiunile teoretice și practic-aplicative. Astfel, este necesar ca aceste legi să decurgă din logica științei respective, din obiectivele și scopurile ei, din conținutul și problematica fenomenelor analizate, din rezultatele cercetărilor și a principiilor care stau la baza dezvoltării teoretice și aplicative. După cunoștințele noastre, în logopedie, asemenea legi nu și-au găsit un loc definit în literatura de specialitate, iar unele referiri făcute de unii autori la un conținut similar, nu au fost formulate clar și cu un conținut legic, ci doar ca fenomene în cadrul simptomatologiei prezentate pentru o tulburare dată. Acestea sunt temeiuri pentru care ne-am propus să elaborăm legile logopediei, considerând că și în felul acesta ne aducem o contribuție majoră la delimitarea și consolidarea statutului logopediei ca știință.

Legile logopediei, elaborate recent de noi (**E. Verza**, 2003), pot fi sintetizate după cum urmează:

1. ***Orice abatere, în formă și conținut, de la vorbirea standard, marcată prin disfuncționalitatea expresiei și receptivitatea limbajului și comunicării, constituie o tulburare a acesteia.*** Abaterea poate fi mai extinsă sau mai restrânsă, mai profundă sau mai ușoară, în funcție de etiologie și de particularitățile psihoindividuale ale subiectului, de vârsta cronologică și vârsta mintală etc. și determină un comportament verbal ce afectează relațiile cu cei din jur și personalitatea individului.
2. ***Orice tulburare de limbaj și comunicare are tendința de a se agrava și consolida în timp, ca deprindere negativă.*** Cu cât o tulburare de limbaj durează mai mult timp, cu atât ea devine mai stabilă, ceea ce face ca apariția ei în copilărie, fără să fie corectată, să devină o obișnuință, pe fondul căreia evoluează întreg sistemul verbal de mai târziu.
3. ***Tulburările de limbaj și comunicare nu presupun un deficit de intelect sau senzorial, dar atunci când apar pe un asemenea fond, ele sunt mult mai grave, mai variate și mai extinse.*** Se poate constata că deficiențele senzorialului (mai ales ale auzului) și ale intelectului constituie, frecvent, cauze ale tulburărilor de limbaj, iar atunci când tulburările de limbaj apar în condițiile normalității intelectului ele nu creează distorsiuni ale acestuia, dar pot restrânge posibilitatea de manifestare și adaptare la viața social-profesională a subiectului.

4. ***Tulburările de limbaj şi comunicare au o frecvenţă mai mare în copilărie şi în perioadele de constituire a limbajului, ca urmare a fragilităţii aparatului fonoarticulator şi a sistemelor cerebrale implicate în vorbire.*** Sistemul limbajului, ca act hipercomplex, presupune o sincronizare perfectă a elementelor aparatului fonoarticulator (mişcările limbii, buzelor, obrajilor, de deschidere şi închidere a gurii etc.) în coordonare cu ritmul inspir-expir, a mişcărilor grosiere şi fine (mai ales în scris) odată cu coordonarea acestora de către sistemele cerebrale, elaborarea mintală a ideilor şi exprimarea lor coerent-logică prin lanţuri de cuvinte mai scurte sau mai lungi, ceea ce denotă o anumită maturitate anatomo-fiziologică cerebrală.
5. ***Toate tulburările de limbaj şi comunicare au un caracter tranzitoriu şi sunt corectabile, educabile prin metode specific logopedice şi printr-o serie de procedee cu caracter general.*** Reuşita activităţilor logopedice de corectare a tulburărilor respective este dependentă, printre altele, de adecvarea metodelor şi procedeelor de terapie logopedică la specificul fiecărei tulburări, de perioada începerii activităţii de corectare, de gravitatea şi extinderea tulburărilor respective, de nivelul dezvoltării mentale şi activismul subiectului logopat, de sănătatea psihică etc.
6. ***Tulburările de limbaj şi comunicare, începând cu cele mai simple, produc efecte negative asupra personalităţii şi comportamentului subiectului, deoarece ele sunt trăite dramatic şi tensional pe fondul unei frustrări şi anxietăţi.*** Ca urmare a existenţei tulburărilor de limbaj, se instalează trăsături negative de personalitate şi comportament, în timp ce conduitele verbale nu reuşesc, în suficientă măsură, să-şi exercite funcţia de reglare, orientare şi direcţionare a celorlalte comportamente general umane. Cu cât subiectul devine mai conştient de dificultăţile ce le are, cu atât este mai tensionat, le trăieşte mai intens pe plan interior, se izolează şi devine negativist faţă de cei din jur şi faţă de activitate, odată cu teama de nereuşitele sale.
7. ***Tulburările de limbaj şi comunicare nu se transmit ereditar, în timp ce unele structuri anatomice care facilitează producerea acestora se pot regăsi la descendenţi.*** După cum rezultă şi din etiologia tulburărilor de limbaj, unele dintre acestea sunt produse şi prin efecte psihice sau prin metode negative de educaţie (traumele, stresurile psihice, slaba stimulare a dezvoltării vorbirii, existenţa unui model deficitar, menţinerea obişnuinţelor neadecvate ş.a.) şi nu au nici o legătură cu eventualele dificultăţi verbale care pot apărea la generaţiile următoare. Dar sunt şi structuri care contribuie la fragilizarea sistemului nervos central şi care, în anumite momente ale vieţii, tind să se instaleze şi la urmaşi, astfel încât pot duce la efecte negative în dezvoltarea limbajului şi a conduitelor verbale.
8. ***Tulburările de vorbire, până la vârsta de 3-3 ½ ani, nu au o semnificaţie logopedică sau defectologică, ci una fiziologică, atunci când sunt produse ca urmare a nematurizării aparatului fonoarticulator sau a sistemelor cerebrale implicate în vorbire.*** În aceste condiţii, odată cu dezvoltarea elementelor respective, dificultăţile verbale dispar de la sine, dar dacă

persistă mai mult timp sau dacă intervin şi alte cauze ele se pot transforma în tulburări specific logopedice.

9. ***Tulburările de limbaj şi comunicare prezintă o incidenţă mai mare şi o simptomatologie mai gravă la sexul masculin, comparativ cu cel feminin.*** Aceasta se poate explica şi prin relaţia nemijlocită dintre motricitate-psihomotricitate şi evoluţia limbajului. Încă din ontogeneza timpurie se înregistrează o evoluţie paralelă între motricitate (mers, precizia şi rapiditatea mişcărilor etc.) şi capacitatea de exprimare şi bogăţia vocabularului. În genere, fetiţele sunt antrenate de timpuriu în relaţii ocupaţionale cu o solicitare mai accentuată a motricităţii (îngrijirea păpuşii, ajutorul dat la punerea–strângerea mesei) odată cu solicitarea de a verbaliza fiecare acţiune şi probabil a avansului în maturitatea biologică ce se proiectează de pe acum dar devine evident mai târziu (pubertate).
10. ***Terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare se bazează pe o metodologie corectiv-recuperativă ce se realizează în relaţie cu dezvoltarea şi stimularea întregii activităţi psihice a subiectului şi armonizarea comportamentelor la condiţiile mediului înconjurător.*** În contextul contemporan, nici din punct de vedere teoretic şi nici din punct de vedere practic-acţional, terapia logopedică nu mai poate fi concepută ca limitându-se, exclusiv, la corectarea tulburărilor de limbaj şi comunicare, pentru că, metodele şi procedeele utilizate, cuprind un material informaţional-verbal ce se adresează, în egală măsură, limbajului şi proceselor cogniţiei, motivaţiei, afectivităţii, determinând subiectul la desfăşurarea unei activităţi intelective semnificative pe direcţia „mişcării " ideilor.

3. ETIOLOGIA ŞI CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ

Încă din perioada intrauterină, asupra fiinţei umane acţionează o mulţime de factori, dintre care unii sunt nocivi şi, mai târziu, individul se confruntă cu asemenea factori, chiar mai mult, varietatea acestora creşte în vârstele copilăriei şi adolescenţei, respectiv la vârstele adulte şi creşte din nou în vârstele înaintate. Aceştia pot influenţa negativ evoluţia şi dezvoltarea, dar organismul are o anumită rezistenţă ce îi permite depăşirea lor şi numai în anumite condiţii de fragilizare generală sau parţială, aceşti factori determină dereglări psihice. De aici rezultă necesitatea cunoaşterii unor asemenea cauze, nu numai pentru a le preveni, dar şi pentru adoptarea unei metodologii ştiinţifice în stabilirea diagnosticului diferenţial şi a modalităţilor de corectare a limbajului tulburat. Totuşi se impune să subliniem faptul că nu totdeauna se pot stabili, cu exactitate, cauzele care au provocat o tulburare sau alta de limbaj şi că de cele mai multe ori la baza unei dereglări sau nedezvoltări normale se află un complex de cauze. Prin urmare, handicapurile de limbaj apar prin acţiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul naşterii sau după naştere.

Astfel, o analiză succintă a acestor factori nocivi, pe cele trei etape, contribuie la conştientizarea situaţiilor de risc şi la elaborarea unei metodologii ştiinţifice de prevenire şi recuperare a funcţiilor afectate. De aici demersurile noastre privesc cele trei perioade

principale ale evoluţiei umane pentru a putea desprinde cauzele favorizante ale tulburărilor de limbaj. Ca urmare, constatăm că în ***timpul sarcinii*** pot acţiona: diferitele intoxicaţii şi infecţii, bolile infecţioase ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, carenţele nutritive, traumele mecanice care lezează fizic organismul fătului, traumele psihice şi fizice suferite de gravidă, începând cu neacceptarea psihică a sarcinii şi terminând cu trăirea unor stresuri, frământări interioare, spaime care îşi pun pecetea asupra dezvoltării funcţionale a fătului.

Din categoria cauzelor care acţionează ***în perioada naşterii*** le menţionăm pe următoarele: naşterile grele şi prelungite, care pot provoca leziuni ale sistemului nervos central, asfixiile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoarţei cerebrale, diferitele traume fizice, cum ar fi lovirea capului de oasele pelviene, accidentele mecanice ş.a. În fine, a treia categorie o constituie cauzele care acţionează în perioada de după naştere ; ele alcătuiesc grupa cea mai mare. Acestea pot fi împărţite în patru categorii:

a) ***cauze organice***, care au o natură centrală sau periferică. Se înscriu aici diferitele traumatisme mecanice care influenţează negativ dezvoltarea sistemului nervos central sau afectează, nemijlocit, auzul şi organele fonoarticulatorii. În context, sunt leziuni la nivelul sistemului nervos central ce generează, printre alte, tulburări, disfuncţii ale limbajului ce au o mare varietate, cu cât zona lezată este mai întinsă sau mai profundă, cu atât tulburările sunt mai ample şi cu un înalt grad de complexitate pentru că, de cele mai multe ori, sunt atinşi mai mulţi centri corticali implicaţi în realizarea diferitelor funcţii psihice. Aşa spre exemplu, lezarea timpanului împiedică recepţia corectă a limbajului şi emiterea normală a sunetelor, iar anomaliile dento-maxilo-faciale nu permit o participare sincronizată a tuturor elementelor necesare realizării procesului vorbirii. O asemenea situaţie are loc şi în prognatism şi progenie ca şi în macroglosie sau microglosie. Nu sunt de neglijat nici situaţiile legate de infecţiile şi intoxicaţiile cu substanţe chimice, medicamentoase, cu alcool, care pot afecta, organic sau funcţional, mecanismele neurofiziologice ale limbajului. Şi unele boli ale primei copilării, ca meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul ş.a. pot determina tulburări de limbaj atât pe cale centrală, cât şi periferică.

b) ***cauze funcţionale***. Aceste cauze pot produce tulburări ale limbajului care privesc atât sfera senzorială (receptoare), cât şi cea motorie (efectoare). Cauzele funcţionale pot afecta oricare din componentele pronunţării: expiraţie, fonaţie, articulaţie. Astfel, apar dereglări ale proceselor de excitaţie şi inhibiţie, de nutriţie la nivelul cortexului, insuficienţe funcţionale la nivelul sistemului nervos central, insuficienţe ale auzului fonematic, putând încetini dezvoltarea sa sau pot crea dificultăţi în dezvoltarea normală a limbajului şi comunicării.

c) ***cauze psiho-neurologice*** care influenţează, mai cu seamă, pe acei subiecţi care, congenital, au o construcţie anatomo-fiziologică fragilă sau cu tendinţe patologice. Asemenea cauze se întâlnesc la subiecţii cu handicap mintal, la

alienaţii mintal, la cei cu tulburări de memorie şi de atenţie, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice şi acustice. Aici se încadrează toate dereglările psihice congenitale sau survenite, cu impact negativ în evoluţia psihică generală a individului.

d) *cauze psiho-sociale*. Deşi în literatura de specialitate acestora li se acordă mai puţină importanţă, totuşi, ele nu sunt de neglijat. La o analiză mai atentă vom constata că acestea au o frecvenţă relativ mare, iar efectele lor negative impietează nu numai asupra dezvoltării limbajului, ci şi asupra întregii dezvoltări psihice a omului. Din această categorie fac parte unele metode greşite, în educaţie (iatrogeniile şi didactogeniile), slaba stimulare a vorbirii copilului în ontogeneza timpurie, încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte pentru amuzamentul părinţilor (adulţilor), folosirea a aşa numitului limbaj „mic", ce duc la formarea unor obişnuinţe deficitare, imitarea unor modele cu o vorbire incorectă în perioada constituirii limbajului, trăirea unor stări conflictuale, stresante, suprasolicitările, care favorizează oboseala excesivă, bilingvismul, (obligarea copilului să înveţe o limbă străină înainte de a-şi forma deprinderile necesare comunicării în limba maternă) care favorizează o interferenţă a deprinderilor lingvistice ş.a.

Pornindu-se de la etiologia tulburărilor de limbaj, ca şi de la simptomatologia şi natura acestora, literatura de specialitate conţine o varietate de clasificări. Astfel, în logopedie există mai multe tipuri de clasificări ale tulburărilor de limbaj care au, de cele mai multe ori, un caracter limitat. Aceste clasificări sunt efectuate în funcţie de o serie de criterii, cum sunt cel etiologic, lingvistic, morfologic şi simptomatologic. Dar considerarea unui singur criteriu nu permite decât o clasificare unilaterală, care vizează numai parţial natura şi varietatea handicapurilor de limbaj. Asemenea clasificări sunt echivoce şi nu cuprind toate categoriile limbajului deteriorat.

Astfel, clasificarea adoptată de Parrel, ce are la bază forma de manifestare a logopatiei, se rezumă la clasificarea tulburărilor de limbaj în dislalii şi disfonii (tulburări de emisie, rezonanţă şi motricitate laringeală). Din această clasificare sunt omise tulburările limbajului scris-citit, afaziile, alaliile ş.a. Pe aceeaşi direcţie se înscrie şi clasificarea efectuată de Ch. van Riper, în patru categorii: a) tulburări de ritm (bâlbâială, bolboroseală, tumultus sermonis); b) tulburări de articulaţie (dislaliile); c) tulburări de fonaţie (afonie, nazalitate, guturalitate) şi d) tulburări de simbolizare (disfaziile). După cum se vede şi din această clasificare a lui Riper, lipsesc, printre altele, tulburările limbajului scris-citit, afaziile, retardurile verbale etc. Deşi mai cuprinzătoare, clasificarea dată de M. E. Hvatţev este şi ea echivocă şi nu precizează apartenenţa fiecărei tulburări de limbaj la o categorie sau alta. Autorul citat se referă la: a) dislalii, b) tulburări de ritm şi cadenţă, c) tulburări de limbaj cu etiologie organică cerebrală, d) tulburări de voce, e) tulburări de vorbire şi voce psihogene şi, în fine, f) tulburări de vorbire la oligofreni şi nevăzători.

După cum se poate constata, la baza acestor clasificări, autorii respectivi au adoptat două criterii şi anume, cel etiologic şi cel simptomatologic, pe care numai Hvatţev le adoptă drept criterii concomitente, în timp ce Parrel şi Riper iau în calcul

numai aspectele de simptomatologie. Pe lângă acestea, în literatura de specialitate se fac referiri şi la alte clasificări care au mai mult o importanţă istorică, deoarece nu sunt operante şi lipsite de suport ştiinţific, fiind considerate prea puţin precise şi fără cuprinderea tuturor tulburărilor specifice. Acestea sunt raportate, fie la criteriul exclusiv etiologic în funcţie de care tulburările de limbaj sunt clasificate, pe de o parte, în senzoriale şi motorii, iar pe de altă parte, în primare şi secundare (în ambele cazuri, în funcţie de specificul şi predominanţa segmentului anatomo-fiziologic afectat şi implicat în producerea activităţii verbale), fie la criteriul lingvistic, după care rezultă că avem de-a face cu: - deficienţe fonetice, în care apar dificultăţi de pronunţare a unor sunete fără să existe şi probleme de discriminare acustică; - deficienţe fonetico-fonematice, în care dificultăţile de pronunţie sunt însoţite şi de deficienţe acustice şi – deficienţe fonetico-fonematice lexico-gramaticale, unde se găsesc dificultăţile din primele două, la care se adaugă şi forme, în proporţii diferite, de nedezvoltare a limbajului. În acest context se înscrie şi clasificarea după criteriul morfologic, în care localizarea structurală este fundamentală, ceea ce înseamnă că numai cauzele organice existente trebuie considerate, şi atunci putem vorbi de tipul de tulburări caracteristice afaziei motorii, disartriei bulbare şi dislaliei mecanice.

Desigur, o clasificare a tulburărilor de limbaj şi comunicare, realizate după cât mai multe criterii care stau la baza mecanismelor implicate în producerea acestor procese complexe, permite o cuprindere exhaustivă a distorsiunilor din sistemul conduitelor umane de comunicare şi o ierarhizare logico-sistemică a acestora prin considerarea evoluţiei lor de la simplu la complex. Din această perspectivă, ne-am confruntat cu un demers dificil pe care noi, credem, l-am depăşit prin elaborarea unei clasificări care să ţină seama de mai multe criterii în acelaşi timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic şi psihologic. O astfel de clasificare elaborată de noi, prin îmbinarea criteriilor de mai sus, a fost descrisă şi completată în lucrările noastre anterioare (**E. Verza,** 1977, 1983, 2003) şi s-a impus în literatura de specialitate românească şi străină. Sintetic, clasificarea respectivă cuprinde următoarele categorii de tulburări de limbaj şi comunicare:

1. tulburări de pronunţie (dislalia, rinolalia, disartria);
2. tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii (bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburări pe bază de coree, tumultus sermonis);
3. tulburări de voce (afonia, disfonia, fonastenia, mutaţia patologică);
4. tulburări ale limbajului citit-scris (dislexia-alexia şi disgrafia - agrafia);
5. tulburările polimorfe (afazia şi alalia);
6. tulburări de dezvoltare a limbajului şi comunicării (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii, disfazia, disfuncţiile verbale din autismul infantil – de tip Kanner, din sindroamele handicapului de intelect, din deficienţele senzoriale etc;
7. tulburări ale limbajului şi comunicării bazate pe disfuncţiile psihice (dislogia, ecolalia, jargonofazia, bradifazia ş.a.).

Orice clasificare cu cât este mai completă devine mai importantă nu numai pentru activitatea de cunoaştere şi terapie logopedică, dar şi pentru diagnoza şi prognoza tulburărilor de limbaj şi comunicare. În activitatea de corectare, diagnosticul diferenţial

corect înlesneşte stabilirea metodologiei de lucru şi fixarea cadrului general de recuperare. Prognoza se realizează în raport de diagnosticul diferenţial, de particularităţile psihice ale persoanei, de vârsta cronologică şi mintală, de condiţiile de educaţie, de sex.

4. DIMENSIUNEA LIMBAJULUI ŞI COMUNICĂRII ÎN STRUCTURA PSIHICĂ UMANĂ

Dimensiunea limbajului şi comunicării în structura psihică se apreciază în raport de locul şi importanţa acestor activităţi în desfăşurarea conduitelor umane, ca şi a modului în care ele influenţează dezvoltarea psihică a individului şi relaţionarea cu cei din jur, nivelul adaptării şi integrării în colectivitate. Deşi în psihopedagogia specială şi în psihologia contemporană sunt numeroase studii privind limbajul şi comunicarea, abordate multilateral, nu numai din perspectiva acestor domenii ci şi din direcţia lingvistică, psiholingvistică, pedagogică, ele nu răspund pe deplin la toate aceste implicaţii şi determinări. Astfel, se resimte lipsa unităţii în aprecierea limbajului normal, tulburat şi patologic. Aceste diferenţe sensibile între punctele de vedere în abordarea limbajului se remarcă încă de la abordarea perioadei dezvoltării ontogenetice şi din perioada maturităţii subiectului.

Funcţiile îndeplinite de limbaj sunt, în egală măsură, importante pentru om şi pentru viaţa sa socială. Printre cele mai importante se numără funcţia de comunicare, de organizare a ideilor şi activităţii, de fixare şi acumulare a experienţei social-istorice, de reglare a proceselor psihice ş.a. Din acestea rezultă că limbajul are un rol efectiv în reglarea proceselor psihice şi influenţează, hotărâtor, conduita umană. Investigaţiile psihologice, neuropsihologice, logopedice şi clinice relevă diversitatea funcţiilor limbajului nu numai în reglarea propriului comportament, dar şi al auditoriului şi al exprimării afectiv-atitudinale faţă de lumea înconjurătoare. O serie de funcţii ale limbajului, descrise mai recent în literatura de specialitate, ca aceea a descărcării tensiunii psihice, a afirmării personalităţii în plan social, dialectică etc. exprimă complexitatea şi importanţa pe care o are limbajul pentru om.

Janet şi Ombredane sunt de părere că limbajul este organizat pe niveluri funcţionale, cărora le corespund mai multe funcţii. Ombredane acordă funcţiilor limbajului un caracter utilitar, arătând că ele pot fi reduse la cinci: ***afectivă, practică, ludică, dialectică şi reprezentativă.*** Aceste funcţii nu sunt statice, ele devenind mai complexe şi dezvoltându-se odată cu evoluţia limbajului.

Importanţa limbii şi a limbajului a fost subliniată, adeseori, cu prilejul analizei raportului dintre gândire şi limbaj. Această analiză se bazează, în principal, pe afirmarea relaţiei dintre conştiinţă şi limbaj. Desigur, limbajul, ca manifestare psiho-individuală, nu se confundă cu limba, dar, la baza exprimării sale stau diverse combinaţii de sunete, cuvinte şi propoziţii într-o anumită unitate caracteristică. Importanţa limbajului este subliniată şi prin argumentele legate de evoluţia inteligenţei copilului, a modului cum se structurează comportamentul şi personalitatea încă de la vârstele mici odată cu achiziţiile comunicării verbale.

Actul de comunicare sau de exprimare a comunicării (limbajul expresiv), cât şi cel de recepţionare (limbajul impresiv), poate fi considerat ca o modalitate comportamentală sau o manifestare specifică a fiecărei persoane. Conduita verbală şi comportamentul uman general se influenţează reciproc. Conduita verbală poate exprima mai adecvat preferinţele şi atitudinile umane, dar şi posibilităţile psihice şi culturale ale subiectului. Comportamentul, în general, este şi el o modalitate de comunicare, deoarece exprimă anumite stări sufleteşti, atitudini faţă de realitatea înconjurătoare, dar nu este atât de variat, de complex şi de bogat nici în conţinut şi nici în diversitatea exprimării, cum este conduita verbală. Din acest punct de vedere, Arhur Staats (1968) explică, pe bună dreptate, întregul comportament uman prin comportamentul lingvistic al omului care are astfel posibilitatea să controleze unele situaţii şi să se raporteze în mod adecvat la ele.

Astfel, vorbirea, ca formă de manifestare a conduitei verbale, reprezintă utilizarea individuală şi specifică, într-o situaţie concretă a limbii. Realizarea vorbirii presupune combinarea unor forme purtătoare de sens şi exprimarea lor desfăşurată, odată cu desfăşurarea unui sistem de semne variabile de mare complexitate.

Prin intermediul vorbirii, se vehiculează o anumită cantitate de informaţie, se exprimă o anumită atitudine şi stare afectiv–emoţională, în funcţie de conţinutul celor exprimate, se exercită o anumită influenţă asupra auditoriului şi asupra propriului comportament al vorbitorului. Datorită formei de manifestare exterioară a conduitei verbale, auditorul, arată **G. A. Miller** (1956, pag. 8), are posibilitatea să-l cunoască pe vorbitor sub aspectul naţionalităţii, vârstei, sexului, zonei geografice unde s-a născut, mediului social din care provine şi al nivelului de instrucţie. De obicei, aprecierile valorice făcute de către auditor asupra interlocutorului nu se referă numai la aptitudinile şi posibilităţile sale verbale, ci vizează întreaga sa personalitate, cu toate atributele ei psihologice.

H. Sinclair a scos în evidenţă interdependenţa strânsă dintre capacităţile lingvistice şi dezvoltarea unor modalităţi de operare mintală. Astfel, are loc o interferare între sistemul lingvistic şi cel intelectual, prin punerea în valoare a întregii personalităţi.

În general, conduita verbală nu rămâne aceeaşi, ea se modifică în raport cu evoluţia psihică a omului, cu nivelul dezvoltării cultural-educative, cu particularităţile vârstei, cu tipul de motivaţie şi încărcătura afectivă (**E. Verza**, 1973).

Din această perspectivă, subliniem ideea relaţiei ce se manifestă atât între conduita verbală şi dezvoltarea psihică generală, cât şi între conduita verbală şi gradul de normalitate al vorbirii sau al tulburărilor sale. Deficienţele intelectuale îngreunează învăţarea limbajului, iar manifestarea unei conduite verbale adecvate este influenţată negativ nu numai de slaba stăpânire a mijloacelor lingvistice, dar şi de dificultăţile de realizare a autocontrolului în învăţarea verbală. Tulburările limbajului, începând cu cele mai simple, influenţează negativ conduita verbală, ca urmare a posibilităţilor reduse de exprimare, iar pe de altă parte, a existenţei unei anumite temeri şi reţineri a handicapaţilor de limbaj, care îi împiedică să se desfăşoare la nivelul posibilităţilor psihice reale. Mijloacele ajutătoare de comunicare (mimica, gesturile etc.) intervin, adesea, în sprijinirea conduitei verbale a deficienţilor de limbaj, şi mai cu seamă a celor senzoriali, dar, deşi aceştia apelează frecvent la asemenea forme, se constată o slabă concordanţă între desfăşurarea vorbirii pe baza regulilor logice şi lingvistice (gramaticale, stilistice,

lexicale, fonetice) şi semnificaţia ce rezultă din modalităţile de exprimare nonverbală. Situaţia de acest gen devine şi mai evidentă când este vorba de exprimarea unor intenţii şi atitudini sau a unor conţinuturi direcţionate implicit. Desigur, aceste neajunsuri sunt suplinite, într-o oarecare măsură, de existenţa contextului, dar şi acesta are o cuprindere simplificată ca urmare a conţinutului redus din exprimarea verbală.

Nu în ultimul rând, merită a fi remarcat şi faptul că prin vorbire pot fi puse în evidenţă perturbările sau dereglările mecanismelor logice operante ce intervin în comunicare. În dialog, spre deosebire de monolog, tulburările de vorbire pot fi ascunse, mascate de către vorbitor. În măsura în care vorbirea se desfăşoară cu pauze mari, ea permite vorbitorului să analizeze şi să-şi aleagă anumite cuvinte pe care le utilizează mai bine şi, concomitent, el poate să evite acele cuvinte cu statut „critic" care ar face dificilă comunicarea.

„Această strategie este evidentă în cazurile de bâlbâială şi dislalie gravă. În astfel de cazuri, monologul (datorită conţinutului şi sensului pe care îl urmăreşte vorbitorul) pune în evidenţă mai pregnant dereglările de limbaj care perturbă fluiditatea, cursivitatea, necesară şi caracteristică monologului" (**E. Verza**, 1973, pp. 15-16).

În evoluţia ontogenetică a copilului, conduita verbală se dezvoltă şi se îmbogăţeşte în permanenţă, modalităţile verbale devin mai complexe şi mai diversificate. Conţinutul şi semnificaţia celor exprimate prin intermediul conduitei verbale se încarcă de caracteristici subtile şi rafinate. Creşte treptat posibilitatea transpunerii conţinutului în forme exterioare mai variate, care poartă, mai mult sau mai puţin, pecetea, marca fiecărei personalităţi. Prin dezvoltarea limbajului şi a comunicării, la care se adaugă evoluţia psihică generală, copilul îşi însuşeşte noi modele de conduită verbală care contribuie nemijlocit la acumularea experienţei sociale. Dar nici dezvoltarea psihică nu ar fi posibilă fără comunicarea verbală şi, în general, în afara conduitei verbale. (**A. N. Leontiev**, 1964). Astfel, devine mai accesibilă înţelegerea „sistemului deschis" al limbajului, care se conservă prin fluxul continuu de schimburi cu mediul (**J. Piaget**, 1971), şi aceasta, desigur, în cadrul ambianţei sociale.

Dacă până la intrarea copilului în şcoală, vorbirea se însuşeşte mai mult sau mai puţin spontan, în şcoală are loc aşa zisa „culturalizare" intensă a conduitei verbale, prin acordarea de sensuri noi sub influenţa particularităţilor intelectuale. Factorul de instrucţie şi educaţie, ca şi dinamica proceselor psihice, care se modelează sub influenţa acestora, determină comportamente variate şi complexe, a căror finalizare solicită intens planurile intelectuale. Conduita verbală este influenţată, aşadar, de o sumă de factori.

Conduita verbală a handicapaţilor de limbaj se manifestă prin mai puţine nuanţări în relatare, folosirea mai frecventă a gesturilor, a mimicii şi a pantomimicii, pentru a se face mai bine înţeleşi de interlocutor, dar aceste mijloace extralingvistice devin jenante când sunt excesive.

Comparativ cu alte forme de comportament uman, conduita verbală este supusă unui control riguros al conştiinţei. Aceasta cu atât mai mult cu cât conduita verbală reflectă, implicit sau explicit, dinamica dezvoltării psihice a omului, nivelul său de cultură şi educaţie, gradul de înţelegere şi caracteristicile proceselor de cunoaştere. Conduita verbală pune în evidenţă particularităţi ale personalităţii, ale intereselor şi intenţiilor, ale atitudinii faţă de situaţia relatată, ale simpatiei şi antipatiei, ale simţămintelor faţă de ceea ce se vorbeşte şi faţă de interlocutor. Din această cauză,

rezultă că manifestarea verbală este influenţată de mediul social în care trăieşte şi se dezvoltă omul. Ea diferă de la o perioadă la alta, fiind în funcţie de natura solicitării, de gradul de participare a subiectului, de importanţa ce i se acordă conţinutului şi formei comunicării, de contextul social în care se desfăşoară. Ambianţa, mediul în care se manifestă conduita verbală, pot exercita o influenţă stimulatorie sau inhibitorie, pot determina amplificarea sau reducerea relatării şi, în final, accentuează efortul, mai mic sau mai mare al vorbitorului pentru exprimarea unui conţinut bogat de idei.

Un alt factor important în determinarea conduitei verbale îl constituie predispoziţiile individuale, aptitudinile pentru limbaj, care diferenţiază efectele procesului educativ şi ale experienţei de viaţă. Diferenţele individuale notabile din perioada copilăriei păstrează o serie de caracteristici specifice, ce se menţin şi la vârstele adulte. Normalitatea sau deteriorarea limbajului imprimă conduitei verbale un anumit curs, care poate fi temporar sau care lasă urme pentru întreaga viaţă. În situaţia de deteriorare gravă a limbajului, chiar subiecţii cu intelect normal ajung la o conduită verbală caracterizată printr-o relativă simplitate şi uniformitate cu impact negativ la nivelul personalităţii şi comportamentului.

În reglarea conduitei verbale, un rol deosebit de important îl are latura calitativă a informaţiei, atât din punct de vedere semantic, cât şi pragmatic. Se poate spune că valoarea capacităţii rezolutiv-reglatorie a conduitei verbale este cu atât mai ridicată cu cât în ea se concentrează o cantitate semantică şi pragmatică de informaţie mai importantă.

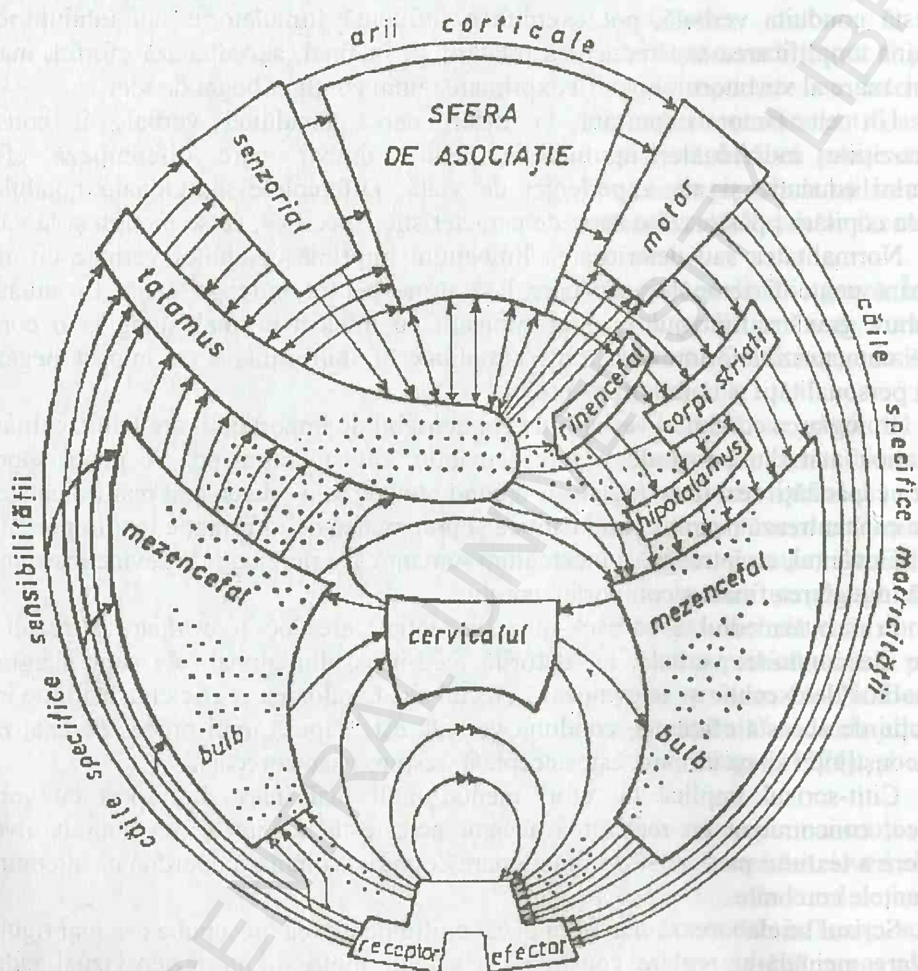
Cuvântul, cu întreaga sa încărcătură semantică şi pragmatică, devine instrumentul de bază în reglarea finală a comportamentului.

Prin intermediul feed-back-ului secvenţial, are loc o evaluare a rezultatelor parţiale ale conduitei verbale, iar datorită feed-back-ului global, ele sunt integrate în schema bloc de execuţie şi se evaluează efectul final, valoarea şi eficienţa stabilite iniţial. În funcţie de această eficienţă, conduita verbală este supusă unui proces de analiză din partea conştiinţei şi, ca urmare, este acceptată, respinsă sau corectată.

Citit-scrisul implică un efort mental mult mai mare, în raport cu vorbirea deoarece, concomitent cu realizarea acestor acte, este nevoie de un anumit nivel de înţelegere a textului parcurs şi de funcţionare cognitiv-voluntară coordonată şi controlată de instanţele cerebrale.

Scrisul se elaborează mai greu decât cititul pentru că presupune cea mai riguroasă organizare mentală şi reglare conştientă a actelor motrico-kinestezico-vizual-auditive, implicând, în acelaşi timp, un efort voluntar susţinut în raport cu gradul de formare a stereotipurilor dinamice şi cu conţinutul ideativ ce se cere transpus în scris. Dificultăţile majore ale scrisului nu ţin atât de executarea fizică a grafemelor, căci acestea se depăşesc prin antrenament, după câteva luni de exerciţii intense, ci de formularea conceptuală şi structurarea mentală a materialului. Pe de altă parte, o serie de dificultăţi se datorează şi faptului că limbajul scris este impersonal, mijlocit, iar caracterul relativ abstract produce dificultăţi ale transpoziţiei grafice. Având în vedere că tulburările scrisului, în funcţie de gravitatea lor, influenţează mecanismele ideaţiei, iar dereglările din planul mintal se reflectă nu numai în conţinutul celor scrise, dar şi în executarea grafică a simbolisticii respective, înţelegem corelaţia nemijlocită dintre evoluţia intelectului şi cea a scrisului. Dar şi dificultăţile de citit şi de înţelegere, de decodificare a grafemelor, a cuvântului scris şi de încadrare într-un sistem ideativ, în loc să faciliteze coerenţa la nivelul gândirii

provoacă greutăți ale transpoziției ideative în plan grafic, iar mesajul comandat la nivelul sistemului nervos poate fi interceptat pe anumite sectoare (vezi figura de mai jos).



Schema generală a distribuției mesajelor în sistemul nervos cu circulația continuă a sectorului aferent în sectorul eferent, traversând structurile asociative (după J. Paillard)

În cadrul elaborării, organizării și planificării mintale subiectul care se manifestă în scris trebuie să aibă în vedere că cititorul nu este întotdeauna cunoscut sau că acceptarea materialului este diferită de la un cititor la altul și, ca atare, forța comunicativă a textului trebuie să se bazeze atât pe construcția logică a propozițiilor, a frazelor, cât și pe corectitudinea gramaticală, ortografică și stilistică. De aici, conștiința că, în scris, sunt implicate și alte componente, pe lângă cele intelectuale, cum sunt: cele afective, volitionale, motivaționale, temperamentale, estetice, perceptive etc. rezultă,

aşadar, că scrisul nu se reduce la o simplă transpunere grafică a ideilor şi vorbirii, ci este un act complex, deosebit de intelectualizat fapt pentru care se elaborează mai anevoios, dar în care construcţiile lexicale şi gramaticale ale limbii sunt mai bine reprezentate şi organizate.

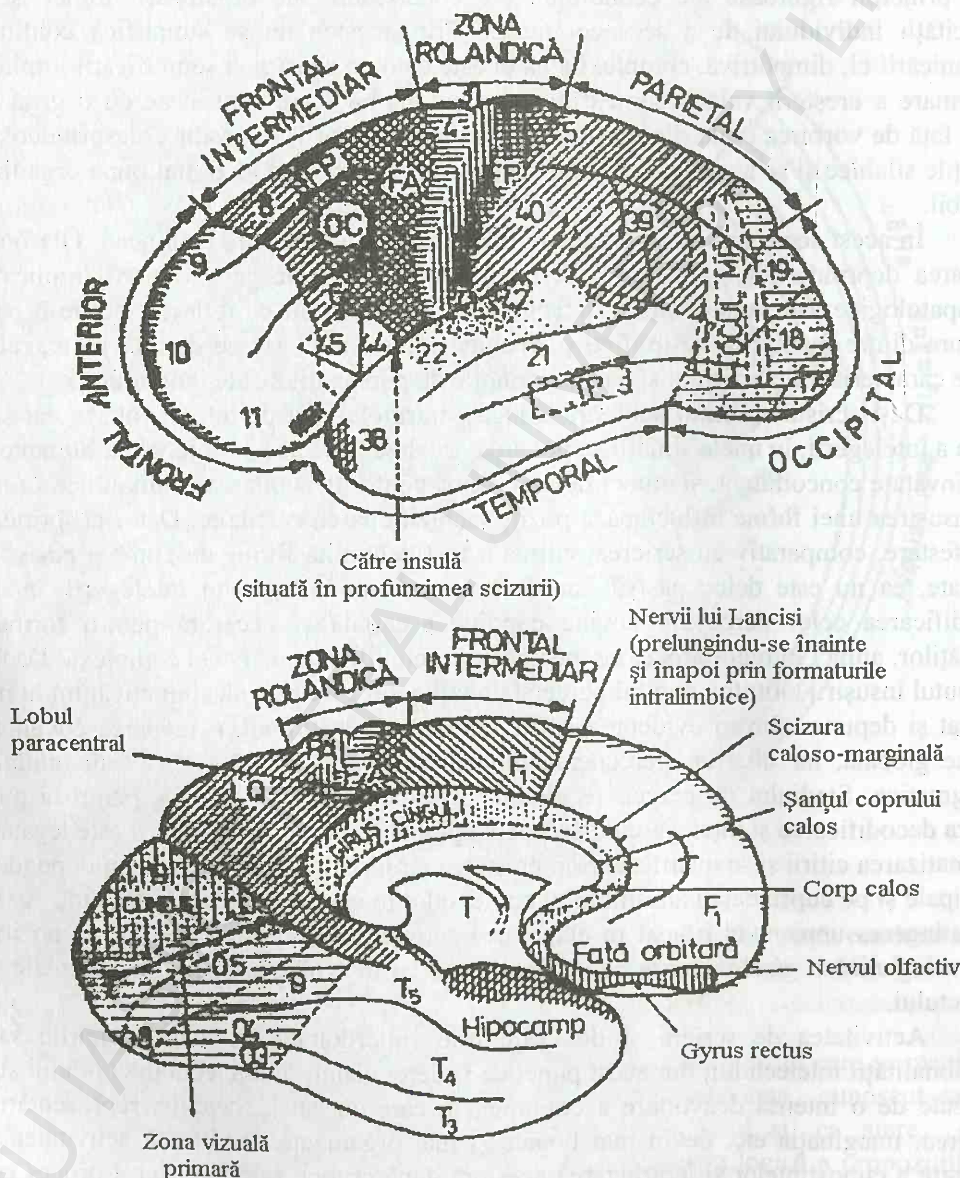
Totuşi, scrierea rămâne, în bună măsură, dependentă de dezvoltarea vorbirii, dar actul grafic atinge forme elevate printr-o concentrare maximă a ideilor, prin adoptarea unor principii riguroase ale economiei, ale conciziunii, ale organizării logice şi ale capacităţii individului de a se face înţeles. Prin acestea nu se simplifică conţinutul comunicării ci, dimpotrivă, complexitatea ei este dată de sensuri şi semnificaţii implicite, ca urmare a creşterii valorii contextului şi a cuvintelor, care sunt alese cu o grijă mai mare faţă de vorbirea orală. Pe măsura perfecţionării scrierii, se produce desprinderea de unităţile silabice şi se ajunge la sisteme semantice, ceea ce denotă o mai bună organizare a limbii.

În acest sens, sunt importante studiile efectuate de Perron, Gobineau, Oleron, pe formarea deprinderilor şi învăţarea scris-cititului, ca şi cele care vizează implicaţiile psihopatologice sau semnificaţiile defectologice ale scrisului ce reflectă, pe de o parte, legătura dintre manifestările grafice şi evoluţia intelectului, iar pe de altă parte, relaţia dintre caracteristicile scrisului şi particularităţile de personalitate ale individului.

Deşi scrisul şi cititul sunt strâns legate între ele, atât pe linia învăţării, cât şi pe aceea a înţelegerii, în unele situaţii se pot crea decalaje între aceste acte, chiar atunci când sunt învăţate concomitent, şi atunci devin o frână pentru dezvoltarea celuilalt act, în timp ce însuşirea unei forme influenţează pozitiv achiziţionarea celeilalte. Datorită formei de manifestare, comparativ cu scrierea, citirea a fost denumită formă de „limbaj pasiv". În realitate, ea nu este deloc pasivă, iar dacă ne referim la aspectul înţelegerii, în care decodificarea celor percepute devine condiţie esenţială şi necesară pentru formarea abilităţilor, atunci întregul proces se încarcă de o semnificaţie activă şi complexă. Dacă la începutul însuşirii cititului, copilul percepe unităţile din care este alcătuit cuvântul în mod separat şi depune eforturi evidente pentru sinteza lor, cu timpul, perceperea cuvântului devine globală, iar ulterior, perceperea globală se generalizează şi în cazul unităţilor sintagmatice. Stadiului de percepere globală îi urmează cel de analiză, pentru a putea realiza decodificarea şi înţelegerea. Perceperea globală, sincretică a lecturii este legată de automatizarea citirii şi se manifestă prin creşterea rapidităţii cu centrarea atenţiei pe ideile principale şi pe cuprinderea ansamblului contextului în care acestea se desfăşoară. Astfel, prin atingerea unui nivel ridicat în elaborarea scris-cititului are lor o influenţă pozitivă asupra organizării gândirii, ceea ce se finalizează cu dezvoltarea operaţiilor mentale ale subiectului.

Activitatea de scriere şi de citire este subordonată, în toate planurile sale, funcţionalităţii intelectului; din acest punct de vedere, planurile intelectului copilului sunt susţinute de o intensă dezvoltare a cogniţiei, în care cu cât percepţiile, reprezentările, gândirea, imaginaţia etc. devin mai bogate şi mai organizate, facilitează activitatea de integrare a cunoştinţelor şi ierarhizarea acestora după criterii valorice. Acest proces este alimentat de dezvoltarea generală a sistemului nervos central şi mai cu seamă a creierului noetic implicat în toate activităţile (vezi figura următoare). Creşterea lobilor frontali şi

organizarea căilor funcționale determină dezvoltarea unor noi zone de asociație, indispensabile însușirii citit-scrisului, cum sunt cele dintre analizatorul motor și verbal, acustic și vizual, tactil și acustic (ultimul cu implicații majore în scrierea și citirea nevăzătorilor în Braille.).



Principalele zone funcționale ale scoarței cerebrale a emisferei stângi
(după Mesquin și Trelles)

Dezvoltarea percepţiilor, în general, şi în mod special cele care privesc discriminarea formelor spaţiale, a obiectului şi fondului, a percepţiei mărimilor, a reliefului şi a determinării dreapta-stânga, sus-jos, mare-mic constituie indicii ale abilităţii în formarea deprinderilor de citit-scris. Aspectele discriminative se dezvoltă la copii, în relaţie cu perceperea spaţiului mic în care un rol important îl are orientarea spaţială pe foaia de hârtie, decodificarea şi diferenţierea grafemelor etc., care susţin o evoluţie spre activitatea intelectuală complexă (**E. Verza, F. E.Verza**, 2000, pag. 136). La acestea se adaugă rolul jucat de dezvoltarea memoriei vizuale, pentru discriminarea literelor şi grafemelor şi a celei auditive, pentru corelaţia sunet-literă şi sunet-grafem. În ansamblu, evoluţia inteligenţei copilului duce la formarea unor structuri operative care uşurează stabilirea strategiilor ce pot fi considerate decisive pentru formarea deprinderilor complexe de citit-scris, iar cunoştinţele care se acumulează pe parcurs consolidează variate forme de exprimare a gândurilor şi stărilor subiectului ridicând nivelul relaţionării şi adaptării la mediu prin comunicare

În literatura de specialitate, se consideră că scrierea a apărut odată cu vorbirea articulată. Dar forme grafice de comunicare au existat cu mult timp înainte, aşa cum au existat şi forme preverbale, prin care comunicarea se realiza cu ajutorul gesturilor, mimicii, pantomimicii şi chiar râsul, surâsul, postura toate exprimând stări atitudinale cu semnificaţie pentru semenii din jur. Forme de comunicare neorganizate pot fi căutate în semnificaţia ce o au diferitele urme lăsate de grupuri sociale străvechi, în aşezarea diferitelor pietre, care aveau o anumită semnificaţie pentru cei care cunoşteau cât de cât un anumit cod. Dacă la început predomina încărcătura de avertizare (de primejdii, de noningerenţă etc.), cu timpul, astfel de forme de comunicare au căpătat o semnificaţie afectiv-cognitivă tot mai mare. O serie de autori (**Ş. Andronescu** – 1959, **Al. Graur** – 1972, **G. A. Spirkin** – 1963, **H. Wald** – 1968), bazaţi pe argumente lingvistice, antropologice şi filosofice, emit idei interesante cu privire la existenţa unor forme de scriere, legate de comunicarea nearticulată şi care se perfectează odată cu apariţia vorbirii articulate. Aşadar, până să se ajungă la ***pictografie***, când putem considera că semnul grafic exprima conţinutul vorbirii articulate, obiectele, uneltele pe care le utiliza omul, simbolizau şi reflectau elementele incipiente ale desfăşurării activităţii mentale. Având la bază reprezentări şi imagini simple, desenele omului exprimau, nediferenţiat, gândirea globală şi concret-intuitivă. Posibilităţile de comunicare, prin intermediul pictografiei, erau limitate în timp şi spaţiu, iar citirea şi înţelegerea depindeau de capacităţile şi experienţa de viaţă a individului. Aspectul figurativ reprezentat prin pictografii era în detrimentul conceptualizării şi exprimării esenţialului din planul ideaţiei.

Scrierea hieroglifică depăşeşte limitele pictografiei, dar devine mai dificil de decodificat, pentru că simbolizarea complexă permite exprimarea unui conţinut de idei mai bogat. Pentru a o înţelege, era necesară o oarecare iniţiere şi o dezvoltare a posibilităţilor de abstractizare şi generalizare ale gândirii. Relativ recentă, din punct de vedere istoric (Ş. Andronescu o plasează acum 6000 de ani), ***scrierea ideografică*** semnifică evoluţia psihică a omului, dezvoltarea capacităţilor sale de ideaţie şi adaptare la condiţiile de mediu, ca şi cooperarea dintre membrii societăţii.

Odată cu dezvoltarea vorbirii articulate, se simte tot mai mult nevoia găsirii unei forme complexe de transpunere în planul grafic, care să poată cuprinde întreaga bogăţie a ideilor, pe de o parte, iar pe de altă parte, să permită comunicarea cu generaţiile viitoare. Astfel, a apărut ***scrierea alfabetică***, dar după un complicat proces de căutări şi eforturi susţinute. Saltul a fost, mai ales, de ordin calitativ, şi demonstrează, totodată, progresele dezvoltării psihice ale omului şi extinderea acumulărilor culturale.

Scrisul reprezintă o activitate complexă de comunicare ce constă în transpunerea grafică a structurii fonetice a vorbirii şi marchează stadiul desfăşurării gândirii, a evoluţiei psihice, în general, în care organizarea mentală şi formarea strategiilor intelectului sunt implicare nemijlocit (E. Verza, 2003). În fapt, semnul grafic reprezintă, în spaţiul grafic, elementul sonor al vorbirii, vorbirea articulată, iar conţinutul activităţii mintale dobândeşte valoare numai în raport de semnificaţia ce o prezintă mesajul de idei. Semnul grafic nu prezintă o anumită semnificaţie, în schimb, consemnează un element sonor al limbii – fonemul (Al. Rosetti). Recunoaşterea semnelor grafice şi acordarea de sens, prin înţelegerea conţinutului reprezentat în scriere, se realizează prin citire. Este dificil să trasezi o linie de demarcaţie între scriere şi citire. Aceasta şi pentru faptul că în procesul instructiv ele se învaţă concomitent. Scrierea nu se poate însuşi în afara citirii – şi acesta este un fapt de necontestat. Metodele care preconizau învăţarea scrierii înaintea citirii – cum se urmărea prin metoda Freinet – exacerbau activitatea motorie, prin care centrarea întregului proces de scriere pe abilitatea de copiere – transpunere a literelor şi chiar a cuvintelor în spaţiul grafic. Concomitent cu scrierea, se realizează şi o formă de citire, în scopul verificării corectitudinii celor scrise. Dar citirea se poate învăţa fără un exerciţiu expres al scrierii. Încă cu mult timp în urmă, Maria Montessori disocia cele două acte, afirmând că scrisul precede cititul.

S-a validat faptul că perceperea formei vizuale a literelor este reţinută şi se realizează mai uşor şi mai stabil, dacă se face concomitent cu reprezentarea lor grafică. Când înveţi să citeşti într-o limbă străină, iar apoi treci la însuşirea scrisului, dificultăţile scad simţitor, iar formarea deprinderilor grafice se realizează într-un timp mai scurt. Dar şi aici intervin calităţile componentelor cognitive şi intelectuale ale persoanei.

Din punct de vedere psihologic, scrierea fonetică are o evoluţie asemănătoare cunoaşterii umane, fiind influenţată pozitiv de aceasta şi devine, la rândul ei, mijloc de realizare şi propulsare pentru aceasta. Posibilităţile combinatorii ce se realizează între diferitele grafeme lărgesc varietatea exprimării şi contribuie la stabilizarea operaţiilor mintale. Spre deosebire de celelalte forme de comunicare, scrisul are o desfăşurare mai riguroasă, care obligă nu numai procesele intelectului la organizare şi ierarhizare, dar impune şi exigenţe lexicale şi gramaticale sporite. De asemenea, scrierea pune mai bine în evidenţă, decât alte forme de exprimare ale gândirii, particularităţile de personalitate ale individului.

Deşi, în ansamblu, putem vorbi de o dezvoltare echilibrată a citit-scrisului şi a comunicării orale, totuşi, la unele persoane se poate înregistra un uşor decalaj între acestea, astfel încât apare şi o oarecare preferinţă pentru o formă sau alta de exprimare, mai cu seamă în situaţiile dificile ori complexe cu care se confruntă individul.

5. PERSPECTIVE ÎN EVOLUŢIA RELAŢIEI DINTRE COMUNICARE, PERSONALITATE ŞI COMPORTAMENT

În această triadă, comunicare, personalitate şi comportament se poate sublinia existénţa unei relaţii de determinare şi efect cu implicaţii în dezvoltarea sau frânarea comportamentelor respective astfel încât ele îşi pun amprenta pe întreaga evoluţie a individului şi pe sistemul său relaţional şi adaptativ-integrativ în colectivitate. Pentru a demonstra cele de mai sus ne bazăm, în principal, pe un studiu elaborat de noi şi apărut în *Revista de psihologie* (**E. Verza**, 1992), în care am urmărit modul de funcţionare a acestei relaţii şi nivelul de dependenţă dintre cele trei componente, ca şi ponderea fiecăreia în cadrul sistemului psihic uman pentru a demonstra importanţa lor, dar şi nivelul în care se plasează dezvoltarea psihică a persoanei.

Există un punct de vedere comun, de la care trebuie să pornim în analiza noastră şi anume că specialiştii şi educatorii sunt de acord că cele trei unităţi: comunicare, personalitate şi comportament au o evoluţie comună, în care progresele, stagnările sau regresele uneia influenţează pozitiv şi, respectiv, negativ pe celelalte două. Desigur, ştim că evoluţia într-un plan sau altul, se produce în mod diferit de la o persoană la alta, în funcţie de echipamentul său nativ, de condiţiile de viaţă, de mediul în care trăieşte, de factorii favorizanţi sau nefavorizanţi, de educaţie şi de antrenamentele cu care se confruntă pe parcursul vieţii, dar nu în ultimul rând, în raport de motivaţia şi interesul subiectului de a parcurge unele etape recuperative şi de dezvoltare a componentei afectate.

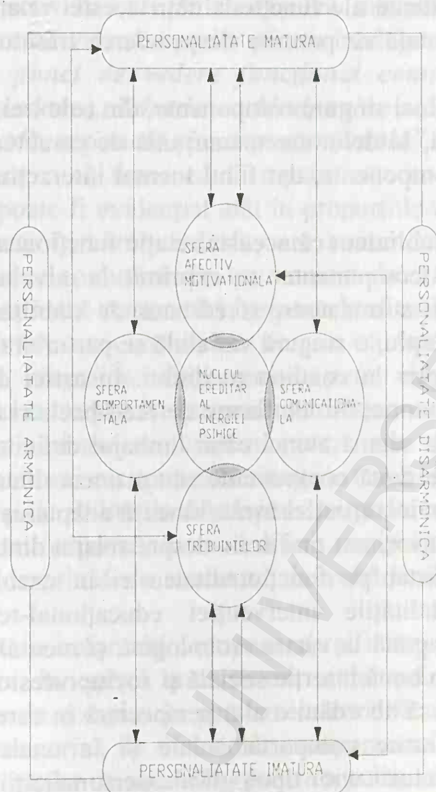
Probabil că nicio altă relaţie nu evidenţiază atât de pregnant unitatea sistemului psihic uman ca cea dintre personalitate, comportament şi comunicare. Personalitatea reprezintă suportul oricărei structuri psihice cu un anumit grad de complexitate. Comportamentul şi comunicarea sunt formele esenţiale de inter-relaţionare şi exprimare perceptibilă (vizual şi auditiv) a personalităţii, mijloacele prin care aceasta se nuanţează adaptiv şi îşi manifestă identitatea, constituindu-şi, astfel, imaginea pe care subiectul doreşte să fie percepută de cei din jur, dar transpare, în acelaşi timp, şi imaginea personală, în genere. În structurarea însuşirilor de personalitate, cât şi în manifestarea comportamentului şi comunicării este antrenat întregul sistem psihic care îşi exercită forţele demiurgice asupra evoluţiei formelor comunicaţionale şi de comportament, ca şi asupra tipologiilor personalităţii (**U. Şchiopu, E. Verza**, 1989). Cu toată evidenţa acestor relaţii, ele sunt analizate în literatura de specialitate mai mult separat şi nu se insistă asupra factorilor comuni ce le unesc şi care le creează funcţionalitatea în ansamblu. Pentru aceasta, am considerat că asemenea elemente trebuie puse în evidenţă şi, totodată să arătăm caracterul lor specific la persoanele normale, comparativ cu cele care se află într-o dificultate pe aceste planuri.

Dacă relaţia dintre cele trei componente ale psihismului uman exprimă caracterul unitar al acestora şi evoluţia lor în paralel, trebuie subliniat că un uşor decalaj ce apare

între ele este generat de aspectele de dinamică a dezvoltării. Astfel, în copilăria mică, comunicarea și, în genere, limbajul se dezvoltă spectaculos, cu acumulări și salturi vizibile de la o etapă scurtă de timp la alta. Dezvoltarea accentuată a capacităților de comunicare influențează, pozitiv, structurarea însușirilor de personalitate și elaborarea mecanismelor comportamentale adaptabile la diversele situații de mediu, ca urmare a achizițiilor de experiență facilitate de comunicarea interumană. Dar și regresele ce se pot produce în evoluția comunicării prin apariția unor factori perturbatori legați de calitatea slabă a educației, de mediul nestimulativ, de accidente organice, funcționale, psihologice și sociale, generatoare de tulburări ale comunicării și limbajului, perturbă evoluția firească a personalității și comportamentelor adaptative.

Pe de altă parte, orice avans care se înregistrează la nivelul evoluției personalității și comportamentului devine un catalizator și vector motivațional pentru formarea și dezvoltarea unor structuri ierarhice, ale capacităților de mânuire a comunicării și limbajului. Desprindem și apreciem, în felul acesta, calități legate de elocința și organizarea logico-gramaticală a formulărilor verbale, conținutul și bogăția de idei exprimate, corectitudinea și acuratețea exprimării din planul comunicării și limbajului, a tăriei și fermității unor însușiri, a dominantelor volițional și afective, a maturității și armoniei trăsăturilor din planul personalității, a eleganței și nivelului de relaționare, a nivelului de coordonare și de reglaj intern, a nivelului de adaptare și de integrare psihosocială din planul comportamental.

Într-o perspectivă a cercetării se impune decelarea situației de relaționare care să demonstreze că avansul relativ în dezvoltarea comunicării, realizat la un moment dat, sau un nivel mai ridicat înregistrat în constituirea structurilor de personalitate sau a celor comportamentale, comparativ cu limbajul, nu dereglează, în esență, echilibrul dezvoltării lor unitare, dimpotrivă, se condiționează reciproc. În cercetările noastre am abordat o asemenea problemă, dar ea poate fi continuată odată cu invocarea și a altor situații pentru a căpăta un caracter de generalitate. Nici unitatea psihismului general nu este afectată și pentru faptul că alte componente de ordin psihic și chiar genetic se interpun între cele trei unități și devin vectori ai dezvoltării. Dar a rezultat că și dezvoltarea limbajului, a personalității și comportamentului stimulează evoluția întregului psihism. Spre exemplu, normalitatea psihică, comportamentală, a limbajului facilitează, influențează într-un fel specific nivelul relațional dintre componentele implicate. Astfel, tipologia personalității evoluează dependentă de o serie de componente care înglobează, în esență, întreaga structură psihică a individului (reprezentată, de noi, în figura următoare) și care se raportează la potențialul psihic și la influențele mediului în care trăiește.



Structurarea tipologiilor de personalitate se bazează pe nucleul ereditar al energiei psihice, dar influențele ce le finalizează și le dau stabilitate sunt dominate de palierele comunicaționale, comportamentale, afectiv-motivaționale și ale trebuințelor (biologice și psihologice). La rândul lor, tocmai aceste paliere exprimă unitatea tipologiilor de personalitate și modul cum ele corelează pentru a dimensiona personalitățile de un anumit fel, normală sau în dificultate.

În condițiile de normalitate, relația dintre personalitate, comportament și comunicare, deși evidentă prin observație, este mai dificil de supus unor investigații precise cu probe valide și cuantificabile, pentru că subiectul poate, conștient, să „ascundă" unele caracteristici pe care nu dorește să le dea în vileag, pe când la categoria handicapaților variabilele ce dau dimensiunea acestei relații pot fi surprinse cu mai multă exactitate, deoarece în „sinceritatea" lor naivă nu pot denatura sensul exprimării conținutului. Putem explica astfel de fenomene prin trei situații:

a. spre deosebire de normali, la deficienți și mai cu seamă la cei de intelect, exprimarea acestor stări este atât de spontană și fără simulări încât pot fi surprinse facil prin probe relativ simple, cum ar fi observația, jocul etc.;
b. varietatea și modalitățile de manifestare a formelor comportamentale și comunicaționale din care transpar însușirile de personalitate oferă, la deficienți,

cazuri atât de evidente ale funcționalității acestei relații încât se plasează într-o situație experimentală ce permite desprinderea trăsăturilor dominante ale celor trei unități;

c. prin evidențierea unei singure componente, din cele trei, se ajunge atât la normali, cât și la deficienți, la delimitarea tranșantă de caracteristici ce sunt specifice și celorlalte două componente, dat fiind tocmai interacțiunea de dependență dintre ele.

În acest context, subliniem că această relație funcționează în mod armonios atâta timp cât toate cele trei componente se exprimă la nivelul potențialului psihic al individului prin interrelații stimulatoare (feed-back de stabilizare) și, dimpotrivă, ea se deregleazǎ dacă, spre exemplu, o singură variabilă se perturbă ori nu atinge un nivel care să permită răspunsul adaptiv la condiția mediului. În astfel de cazuri, deși acționează operaționalitatea compensatorie, au loc forme de feed-backuri de precipitare entropice – ce se pot accentua, mai cu seamă atunci când limbajul deficitar sau în stare critică, din cauza deficitului celorlalte două componente sau a uneia dintre ele, nu poate răspunde adecvat funcțiilor de comunicare, astfel încât frânează adaptarea subiectului la cei din jur.

Într-un studiu anterior, am mai scris despre relația dintre limbaj, personalitate și comportament și am insistat pe funcționalitatea ei în cazul diferitelor categorii de handicapați și pe modalitățile intervenției educațional-recuperative, utilizând o metodologie adecvată, adaptată la vârsta cronologică și mentală a subiecților investigați cu scopul de a determina o bună inserție socială și socioprofesională (**E. Verza**, 1983). În acel studiu, ne-am propus să abordăm o altă perspectivă în care să ne referim la unitatea complexă a diferitelor forme comportamentale și la unele însușiri dominante ale persoanei pe fundalul structurii unor tipologii ale personalității și diversificării formelor comunicaționale la normali, comparativ cu persoanele handicapate. Vom lua în considerație nu numai comunicarea prin limbaj, ci și alte forme de comunicare, ca și interdependența dintre acestea, tipologiile comportamentale și de personalitate pentru a putea concepe unitatea psihismului uman în raport de normalitatea și disfuncționalitatea unor componente ale acestuia.

Pentru persoanele normale, comunicarea verbală (orală și scrisă) este dominantă în raport cu alte forme de comunicare, dar la persoanele handicapate se produc modificări semnificative pentru acest raport. El depinde de forma și de gravitatea deficienței. O astfel de situație atrage după sine noi ierarhizări de echilibru în dezvoltarea organizării însușirilor psihice a personalității și comportamentului și influențează nu numai situația de expresie a subiectului, dar și pe cea de recepție. Drept urmare, o asemenea centrare a subiectului pe o anumită formă de comunicare orientează direcția trăsăturilor dominante ale personalității și, în final, exprimarea capătă o modalitate comportamentală specifică. În funcționalitatea acestui raport se produce și o determinare de la celelalte două componente spre comunicare, pe direcția că, în această relație dinamică și complexă, tipologia personalității individului își pune amprenta pe funcționalitatea comunicării, în special, și a comportamentului, în general, expresia semnifică nivelul gradual al dezvoltării fiecărei componente.

Din această relație rezultă că între formele comunicării există o strânsă unitate, iar subiectul se folosește, într-un fel sau altul, de toate, dar în raport de structurile sale interne, de energia psihică, de potențialul psihic ce-l caracterizează și de capacitatea de

adaptare la contextul obiectiv în care se desfăşoară interrelaţionarea umană; decisiv devine tipul de comunicare cu valenţe sporite pentru înţelegere şi pentru modul de a se face înţeles. *„**Dacă din punct de vedere funcţional comunicarea este unitară şi intrinsecă structurilor interioare, didactic vorbind, ea se subdivide în patru categorii principale: verbală, gestuală, acţională şi comportamentală**”* (E. Verza, 1990). În acest context, se impune precizarea că fenomenul empatic este conţinut în toate cele patru forme ale comunicării şi poate fi evidenţiat atât în proporţiile diferite ce se manifestă în raport de situaţiile concrete în care se desfăşoară comunicarea, cât şi în funcţie de structurile interne ale celui ce comunică. La un moment dat, relevanţa empatică poate fi atât de pertinentă încât conţinutul comunicării se poate realiza dominant, prin forma ei de exprimare. Din aceste motive nu considerăm necesar să vorbim de o formă de sine-stătătoare a comunicării empatice, deşi recunoaştem importanţa ei pentru forţa persuasiunii limbajului, dar ea se precizează prin manifestarea ca trăsătură a personalităţii ce o putem sesiza în comunicare şi comportament, unde se exprimă cu o anumită intensitate adecvat, mai mult sau mai puţin, la situaţiile concrete, dar ea este dependentă şi de calitatea intelectului şi de abilităţile de adaptare la mediu ale subiectului.

Formele comunicării exprimă, în mod diferit, conţinutul personalităţii pentru că expresia lor nu poate fi desprinsă de contextul dezvoltării altor funcţii şi procese ale individului.

O analiză succintă a celor trei componente şi a raporturilor funcţionale şi de determinare dintre acestea, în cadrul unui sistem unitar prin invocarea subsistemului generat de trăsăturile care le compun la persoanele cu dificultăţi de dezvoltare, pe un palier sau altul (mental, senzorial, de limbaj, de comportament) comparativ cu evoluţia lor la normali ne oferă o imagine de ansamblu pentru a putea adopta o diagnoză riguroasă şi o intervenţie psihologică formativ-recuperativă fundamentată ştiinţific. Ca urmare, se impune să facem referiri la cele de mai jos.

Comunicarea verbală (orală şi scrisă) este principala formă pentru omul normal şi pentru unele categorii de handicapaţi, permiţând cel mai adecvat exprimarea stărilor interioare proprii, a gândurilor şi ideilor, a sentimentelor şi emoţiilor, a atitudinilor şi intereselor, a motivaţiei şi trebuinţelor, a modului de a fi şi de a acţiona şi, totodată, facilitează înţelegerea altora. Ea se dezvoltă pe toată durata vieţii şi capătă noi valenţe în funcţie de nivelul psihic şi de experienţele comunicaţionale ale subiectului. În cadrul comunicării prin limbaj, expresia şi impresia se realizează pe baza unui text, a unui context şi a unui subtext care înlesnesc interlocutorilor un schimb direct de informaţii expuse şi subînţelese ori rezultate din caracterul situaţional în care se desfăşoară comunicarea. Partenerii comunicării nu sunt egali căci, la un moment dat, unul dintre ei are iniţiativa şi domină discuţia, orientând-o spre un anumit conţinut în care semnificativul şi semnificaţia sunt racordate la ideea generală asupra căreia este centrată comunicarea. Interrelaţionarea este dimensionată de statutul şi rolul social ce-l ocupă subiectul în cadrul grupului la care se adaugă un anumit coeficient de subiectivizare, rezultat din specificul personalităţii sale şi din calitatea şi cantitatea informaţiei pe care o vehiculează. În felul acesta, se creează o anumită distanţă psihologică între interlocutori, distanţă ce este cu atât mai mare cu cât diferenţele dintre aceştia sunt mai pregnante şi este percepută, într-o măsură mai accentuată, dacă sunt normali din punct de vedere psihofizic. ***În schimb, distanţa psihologică se diminuează până la ştergerea ei totală, în***

condițiile în care comunicarea se desfăşoară între persoanele cu deficiență şi este dependentă de gravitatea deficienței, iar dacă la comunicare participă, alături de handicapați, şi subiecți normali, distanța psihologică se amplifică pentru aceştia din urmă şi rămâne relativ neconştientizată de către primii, pentru că nu sesizează suficient diferențele de calitate dintre parteneri.

Forma şi gravitatea deficienței determină dereglări mai extinse sau mai restrânse la nivelul funcțiilor de recepție şi de expresie a comunicării verbale, ceea ce influențează negativ interrelațiile personalității şi comportamentul individului, ca urmare a scăderii valorilor instrumentale ale limbajului. Astfel, are loc o scădere a conținuturilor semantice ale comunicării în favoarea celor pragmatice şi prin aceasta capacitatea rezolutiv-reglatorie, ce se evidențiază la nivel comportamental, are o semnificație proprie, specifică subiectului respectiv. În astfel de situații, calitatea informației ce se vehiculează nu are claritatea şi forța de a cuprinde totalitatea evenimentelor şi nu contribuie adecvat la echilibrarea adecvată în mediul înconjurător şi, în acelaşi timp, la o compatibilizare a mediului la solicitările subiectului. ***„În esență, comunicarea verbală la handicapați este labilă, cu momente de stagnare şi cu dezvoltări progresive lente, fapt ce se corelează cu însuşirile dominante de personalitate prin exercitarea unor interfluențe reciproce, ca apoi să se evidențieze în comportamente globale ce au tendința de a se obiectiva într-o formă specifică pentru fiecare subiect în funcție de condiția de ansamblu de la nivelul întregului psihism cu posibile fluctuații ce denotă lipsa de consistență a structurilor de personalitate".*** (**E. Verza**, 2009, pag. 363).

Ca urmare a acestor dificultăți de constituire şi de dezvoltare a comunicării, nici achizițiile exercitate prin intermediul procesului instructiv-educativ asupra copiilor cu deficiențe nu sunt atât de eficiente ca la copiii normali, fapt ce se reflectă în folosirea unor şabloane verbale, a unor exprimări rigide cu un vocabular sărac, lipsit de generalizări şi de o frazare consistentă.

La normali, comunicarea prin limbaj se realizează, în principal, punându-se accent pe latura semantică, fapt ce denotă o funcționalitate superioară a operațiilor ideative şi un control riguros al conştiinței. Latura pragmatică a comunicării tinde să domine, la un moment dat, nu numai în raport de situația în care se desfăşoară, dar şi atunci când posibilitățile intelective sau de exprimare ale subiectului sunt diminuate. Pe de altă parte, limitarea şi fragilitatea calității şi cantității semantice şi pragmatice a informațiilor ce este caracteristică deficienților, şi în special celor de intelect, nu facilitează dezvoltarea operațiilor mentale, ceea ce se reflectă în manifestarea comportamentelor infantile. Ca atare, nu există un autocontrol riguros pe linia limbajului expresiv şi nici un set prea complex al învățării (receptării) limbajului, încât această situație generează o anumită fragilitate comunicării, care se reflectă asupra manifestării personalității şi comportamentelor globale. Cu cât deficiența afectează mai mult intelectul, cu atât comunicarea verbală pierde în conținut, în planul semantic, devine tot mai săracă şi anostă, lipsită de forța mesajului şi a coerenței, a organizării logice a comunicării. Se comunică mai puțin din planul ideației şi mai mult din cel atitudinal, ceea ce face să predomine exprimarea unor necesități şi interese imediate. Comunicarea este laconică şi încărcată, adeseori, de violențe verbale, însoțită de o gestică şi pantomimică exacerbate, dezagreabile şi relativ neadecvate conținutului. Introducând distincția pe care o face Chomsky între competența şi performanța lingvistică, se remarcă faptul că la

deficienţi competenţa are o funcţionalitate limitată şi neadaptată la condiţiile situative în care se desfăşoară comunicarea. Performanţa, fiind şi mai deficitară, atât vorbitorul, cât şi ascultătorul deficient, au posibilităţi reduse în a se înscrie în accepţiunea strict chomaskyană a competenţei lingvistice de formare şi transformare a propoziţiilor printr-o reconstituire a sistemului lingvistic de reguli, deoarece la unii subiecţi este deficitar chiar nivelul de elaborare-prelucrare în planul ideaţiei, iar la alţii, nu poate fi codificat verbal întregul conţinut ideativ ca să devină accesibil interlocutorului.

Ritmul, intonaţia şi, în primul rând, timbrul ca şi melodicitatea vorbirii exprimă conţinutul temperamental al vorbitorului, dar şi mai reprezentative sunt aceste caracteristici pentru unele trăsături dominante ale personalităţii, cum ar fi: introversie-extroversie, agresivitate-timiditate, euforie-depresie, coerenţă-incoerenţă, masculinitate-feminitate ş.a. Trăsăturile dominante ale personalităţii apar mai evident în comunicarea scrisă, căci un anumit nivel al presiunii instrumentului de scris, forma, orientarea şi înclinarea grafemelor, fermitatea închiderii buclelor şi legarea acestora etc., exprimă o stare temporală sau stabilă a persoanei care se concretizează în forme specifice de comportament. La rândul ei, forma comunicaţională, intensitatea şi accentul vorbirii, întreruperile şi tempoul vorbirii etc. sunt influenţate de structurile bazale ale personalităţii. Este suficient să ne gândim la stările de agitaţie sau la cele inhibitive care sunt dominante pentru o categorie sau alta de deficienţi şi astfel putem prognoza forma comunicaţională care le va fi specifică. Rezultă că prin intermediul comunicării verbale căpătăm o imagine, relativ completă, asupra trăsăturilor dominante ale persoanei şi comportamentelor sale stabile, aşa cum decelând stările comportamentale şi structurale ale subiectului putem aprecia forma comunicării sub toate aspectele sale valorice şi de adaptare-interrelaţionare.

Comunicarea gestuală îndeplineşte funcţii diferite pentru subiectul ce are posibilităţi de verbalizare faţă de cel cu surdomutitate, chiar şi în condiţiile surdo-demutizaţilor.

La subiecţii normali, comunicarea îndeplineşte un rol de susţinere, de adjuvant, de suplinire şi de completare a ceea ce este mai dificil de comunicat verbal, în timp ce pentru surdomut gestica devine din ce în ce mai mult fundament şi bază a exprimării şi înţelegerii. La fel ca şi comunicarea verbală, comunicarea gestuală se perfecţionează, se modifică în raport de capacităţile psihice, de specificul personalităţii handicapatului, de abilităţile formate, ca şi de potenţialul comunicativ al grupului cu care interacţionează. Aceste modificări privesc, în mod deosebit, rapiditatea desfăşurării gesturilor, elaborarea lor cu participarea mai extinsă sau mai redusă a comportamentelor motrice, simplificarea unor gesturi şi înţelegerea lor prin perceperea parţială (a începutului sau sfârşitului) a unei mişcări ce intră în componenţa gestului complex. In acest context al întregirii comunicării gestuale, un rol important îl are şi mimica şi pantomimica. În fapt, comunicarea gestuală nu poate fi despărţită de mimică şi pantomimică, deoarece, împreună, formează *limbajul semnelor*.

Limbajul semnelor se învaţă aşa cum se învaţă şi limbajul oral, iar o asemenea învăţare se supune regulilor generale ale achiziţionării structurilor comunicaţionale şi cu cât ea se realizează mai de timpuriu, cu atât facilitează trecerea nemijlocită de la limbajul semnelor la vorbirea orală şi la grafie, de unde rezultă că eficient pentru învăţarea scrierii este folosirea concomitentă a limbajului semnelor şi a limbajului oral, iar celor două

forme de limbaj trebuie introduse, paralel, în educația precoce a deficienților de auz. ***Se poate aprecia că folosirea exclusivă a cuvântului de timpuriu în detrimentul gestului, și invers, nu contribuie la o comunicare eficientă a deficientului cu anturajul său și nici nu contribuie la stimularea rapidă a activității psihice generale. O îmbinare a celor două căi de educare devine mai eficientă dacă se adoptă un echilibru între demersul întreprins și starea în care se află subiectul. Așadar, pe cât este posibil, o metodă sau alta, o formă sau alta, trebuie să țină seama de nivelul dezvoltării psihice și de potențialul real al copilului ca și de scopul educației de a realiza eficient integrarea curentă și cea socioprofesională a handicapatului.*** Aceasta nu înseamnă nici adoptarea ideii că trebuie să se ajungă la exagerări în folosirea limbajului semnelor căci va deveni un obstacol în achiziția limbajului oral, iar renunțarea la utilizarea lui se va face treptat, pe măsura achiziționării cuvintelor și a posibilităților de comunicare verbală.

Atât mișcările mâinilor, cât și pantomimica, gesturile, în general, sunt folosite și de alte categorii de deficienți sau de subiecți normali, deoarece compensează unele dificultăți ale exprimării verbale ori înlesnește o performanță mult mai apropiată de scopul propus. În cazul acesta, gestul nu numai că însoțește vorbirea, dar imprimă o anumită coloratură a ritmului, intonației, și chiar a intensității discursului. Pe parcursul discursului, gesturile au o frecvență diferită; ele se asociază mai mult cu momentele de tăcere, de dificultate în exprimare și sunt mai rare la începutul discursului ca pe măsură ce tensiunea subiectului crește să devină tot mai dese. Indiferent de situație, de exprimare sau de înțelegere, gesturile pun în evidență atitudinile afective, modalitățile de abordare a sarcinilor, impresia pe care o are subiectul despre realizarea ei și, în genere, toate structurile dominante ale personalității care se exteriorizează în comunicare și în comportamentele generale umane.

Caracterul succesiv al desfășurării cuvintelor, a propozițiilor, a sintagmelor asigură o mai bună discriminare și înțelegere față de limbajul gesturilor care se produce mai stereotip și mai sărac în informații nuanțate, operează cu mai puține generalizări și abstracții, ceea ce poate determina confuzii și o recepție parțială a sensului și semnificației celor comunicate (**E Verza**, 1983). ***În comunicarea gestuală, pe lângă mișcarea și configurația mâinii, ritmica și amplitudinea mișcării,rapiditatea mișcărilor ca și mimica, postura corpului și direcția privirii imprimă sensul discursului, iar exprimarea intenției, a atitudinii vorbitorului determină o precizare mai pertinentă a semnificației comunicării și al nivelului de participare motivațional-afectivă a subiectului, dar și nivelul de stăpânire a informațiilor vehiculate.***

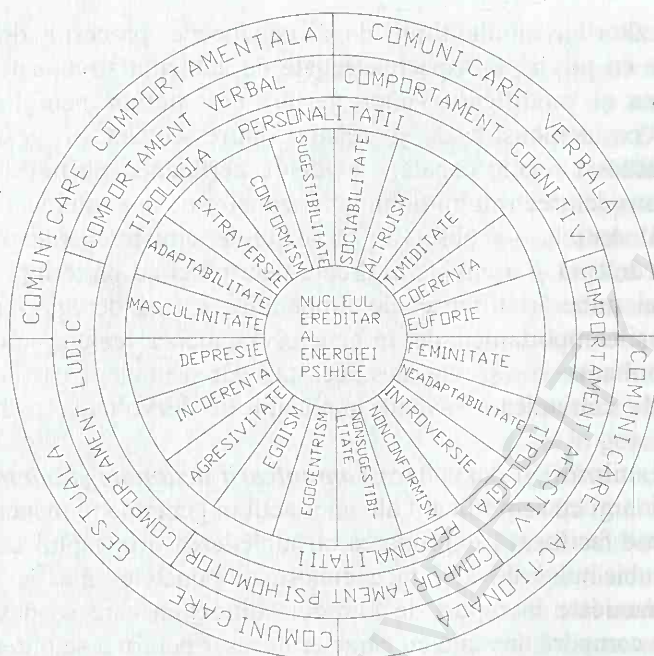
Din perspectiva adoptării unor programe educațional-recuperative, bazate pe o cunoaștere riguroasă a condițiilor și a potențialului subiectului, se simte nevoia ca orientarea atenției să se îndrepte spre cercetarea comunicării gestuale ce privește și compararea acesteia, în cazul folosirii ei, de către surdomuți cu gestica ce însoțește vorbirea auzitorilor. La loturile respective de subiecți apar diferențe de care trebuie să ținem seama. Astfel, la surdomut, mișcările mâinii compensează dificultățile exprimării verbale, dar și la copilul mic normal achiziționarea primelor cuvinte corelează cu utilizarea gesturilor simbolice. Chiar de timpuriu, gesturile simbolice, ca și cele demonstrative și figurative, au o anumită semnificație, în timp ce altele au rolul de a preciza ritmul, intonația și intensitatea comunicării verbale. Pe măsura însușirii cuvintelor, gestul se subordonează exprimării verbale, dar rămâne dominant, în

comunicarea neauzitorilor, mult timp după ce începe procesul demutizării. Sunt edificatoare faptele cu privire la aspectele legate de achiziţia structurilor lingvistice, în paralel cu folosirea şi modificarea unor gesturi ce intervin nemijlocit în procesul demutizării, ceea ce demonstrează şi relaţia dintre cuvânt şi gest. În domeniul neuropsihologiei, această relaţie capătă o evidentă pertinenţă. Se pot aduce argumente substanţiale prin considerarea rolului dominaţiei emisferice în comunicarea verbală, ca şi în cea nonverbală. Astfel, s-a observat că leziunile emisferei stângi pentru cei cu preferinţă manuală dreaptă şi a emisferei drepte pentru cei cu preferinţă manuală stângă provoacă nu numai tulburări diferite ale limbajului, dar şi dereglări ale comunicării gestuale, acţionale şi comportamentale, în genere. Asemenea leziuni emisferice perturbă exprimarea – performanţa – (şi mai ales aceasta), cât şi înţelegerea – competenţa – în toate formele ei de comunicare, având implicaţii în dezvoltarea psihică generală a individului.

Pe palierul utilizării şi dezvoltării ***comunicării acţionale şi comportamentale*** se produc mişcări mai largi cu semnificaţii ale unor acţiuni generale (a mânca, a se juca, a se plimba, a lucra) care facilitează exprimarea şi înţelegerea prin faptul că implică o mai mare libertate a subiectului de a-şi face cunoscute punctele sale de vedere şi de a interpreta cele comunicate în raport de întregul context în care se desfăşoară. Ele se constituie ca forme comportamentale cu caracter necesar pentru a se putea face distincţia dintre aparenţă şi stabilitate, deoarece contribuie la precizarea unor manifestări accidentale, şi diferenţierea lor de cele ce sunt stabile şi obişnuite. Prin acţiunile stabile şi obişnuite, se exprimă, pe de-o parte, trăsăturile dominante ale personalităţii, iar pe de altă parte, se realizează o înţelegere şi asimilare a faptelor care convin structurilor interioare ale individului. Ele exprimă nivelul de implicare a dezvoltări motricităţii generale care se evidenţiază în raport de sensibilitatea şi capacitatea perceptuală a subiectului, ca şi de nivelul dezvoltării creierului şi integritatea funcţională a analizatorilor. Asemenea analiză este importantă pentru că toate acestea îşi pun pecetea asupra interacţiunii dintre elementele cognitive şi cele afective, care însoţesc, preponderent, comunicarea acţională şi comportamentală.

Comunicarea lingvistică, pe lângă componentele afectiv-motivaţionale, voliţionale etc., se raportează la orice tip de interacţiune care se realizează între formele comunicării verbale şi cele extraverbale cu care se află în raporturi de strânsă interdependenţă. Chiar şi pentru deficienţii la care predomină comunicarea gestuală şi acţională, structurile lingvistice sunt implicate atât la nivelul limbajului exterior, cât şi la nivelul celui interior, astfel încât asigură echilibrul neuropsihic al individului.

Comunicarea verbală se învaţă şi se perfecţionează permanent prin intermediul relaţiilor interumane, în timp ce comunicarea gestuală, acţională şi comportamentală, fără a fi lipsite de această calitate, are un pronunţat caracter de dezvoltare spontană, iar acumulările, salturile calitative şi cantitative sunt mai lente şi sunt influenţate de colectivitatea din care face parte subiectul. Şi din acest punct de vedere, formele comunicării gestuale, acţionale şi comportamentale nu susţin atât de mult exprimarea psihică în ansamblu cum o poate face cuvântul pentru că sunt limitate la situaţii concrete şi contextuale.



Cuvântul concentrează şi exprimă esenţialul, abstractul şi generalul având forţe nelimitate de cuprindere sintetică a gândului. Mai mult, şi în planul afectiv el este cel care facilitează eliberarea tensiunilor interioare, făcând posibilă instalarea echilibrului la nivelul personalităţii, pe când limbajul semnelor nu poate reflecta complex toate nuanţele.

Deşi se obişnuieşte ca în orice analiză să se facă o departajare, mai mult sau mai puţin fermă, între formele comunicării şi structurile dominante ale personalităţii, în realitate, comunicarea nu este altceva decât o transpunere în afară a ceea ce este specific în interior (vezi figura de mai sus). Elementele dominante ale persoanei, cum sunt introversia-extroversia, egoismul-altruismul, coerenţa-incoerenţa, agresivitatea-timiditatea ş.a. sunt dispuse la nivel interior după principiul polarităţii şi acţionează în sens contrar, anulându-se, de cele mai multe ori, una pe alta dând, astfel, naştere la o tipologie diferenţiată a personalităţii. Această tipologie a personalităţii se reflectă în forme comportamentale specifice şi variate care se reduc, atât la normali, cât şi la handicapaţi, la cinci comportamente fundamentale ce le înglobează pe toate celelalte: comportament afectiv, psihomotor, ludic, verbal şi cognitiv. Pe baza acestor elemente constitutive ale personalităţii şi comportamentului se diversifică cele patru forme comunicaţionale: verbală, gestuală, acţională şi comportamentală. Între acestea, există o strânsă interacţiune şi dominarea uneia sau a alteia depinde de structura de bază a personalităţii.

În acelaşi timp, trebuie să subliniem existenţa unor efecte, din partea formelor comunicaţionale, asupra comportamentelor şi structurilor de personalitate. Odată manifestată o formă sau alta de comunicare, subiectul suferă modificări importante, trăind momente de satisfacţie sau de insatisfacţie în legătură cu realizarea scopului propus şi cu efectele ce le produce asupra interlocutorului. Astfel, comunicarea are un efect circular

prin care vorbitorul este dependent de impactul comunicării asupra auditorului. Reușitele sau eșecurile repetate își pun pecetea asupra trăirilor emoționale și dau o anumită coloratură vieții interioare, determinând stabilizarea unor elemente și fragilizarea altora și prin aceasta se motivează, mai mult sau mai puțin, pentru acțiunile viitoare.

În contextul unității dintre comunicare, personalitate și comportament un rol de ***dinamizare și orientare*** îl are, cu siguranță, ceea ce noi numim ***nucleul energiei psihice,*** rezultat din structurile înnăscute ale individului. Nucleul energiei psihice ce facilitează, atât la normali, cât și la deficienți, o anumită structură psihică, contribuie la instalarea unor însușiri specifice ale personalității cu tipologii adecvate ce transpar în forme comportamentale și comunicaționale diversificate. Aceste însușiri ale personalității se structurează dihotomic, cu o organizare bipolară și se conturează mai pregnant în cazul unor persoane accentuate sau a celor handicapate. ***„Nucleul energiei psihice iradiază prin tipologia personalității și prin comportamentul individului, determinând, pe de-o parte, formele comunicaționale, iar pe de altă parte, forța și direcția comunicării. Efectele sunt reversibile, ca urmare a faptului că în funcție de modul cum se realizează comunicarea, de expectanțele subiectului cu privire la eficiența acesteia asupra celor din jur și de satisfacția sau insatisfacția ce o trăiește – comportamentele se structurează și se ierarhizează, tipologia personalității se consolidează și se manifestă specific în toate împrejurările, iar energia psihică se reactivează și nucleul se încarcă tensional"*** (E. Verza, 2009, pag. 369). Așa ne putem explica continuitatea în devenirea personalității și dezvoltarea de modele specifice ale comportamentelor și comunicărilor prin care acesta se exteriorizează și se afirmă în planul sociocultural după un stil propriu generat atât de structurile interne ale individului, cât și de achizițiile dezvoltate prin interacțiunea cu mediul înconjurător.

Rezultă, așadar, că performanțele ce pot fi realizate de un individ (normal sau cu dificultăți de dezvoltare) în dezvoltarea comunicării, personalității și comportamentului sunt dependente pe de-o parte, de calitatea nucleului ereditar al energiei psihice și, pe de altă parte, de echilibrul relațional dintre cele trei componente și calitatea influențelor mediului înconjurător.

BIBLIOGRAFIE

MILLER, G.A., 1956 *Langage et comunication,* Paris, P.U.F.

STAATS, A.W., 1968, *Learning Language and Cognition Hold,* Rinchard and Wiston.

ȘCHIOPU, URSULA, VERZA,E., 1989, *Adolescența – personaliate și limbaj*, București, Editura Albatros.

VERZA, E., 1973, *Conduita verbală a școlarilor mici,* București, Editura Didactică și Pedagogică.

VERZA, E., 1977, *Dislalia și terapia ei,* București, Editura Didactică și Pedagogică.

VERZA, E., 1983, *Disgrafia și terapia ei,* București, Editura Didactică și Pedagogică.

VERZA, E., 1990, „Unitatea dintre personalitate și comportament pe fondul diversificării formelor comunicaționale la handicapați", în E. Verza (coord), *Elemente de psihopedagogia handicapaților,* București, Tipografia Universității din București.

VERZA, E., 1992, „Dimensiunea interdependenței dintre personalitate, comportament și comunicare", în *Revista de psihologie*, nr. 3, tomul 38.

VERZA, E., VERZA F. E., 2000, *Psihologia vârstelor,* București, Ed. Pro Humanitate.

VERZA, E., 2003, *Tratat de logopedie vol I,* București, Editura Fundației Humanitas.

VERZA, E., 2009, *Tratat de logopedie vol II,* București, Editura Semne.

CAPITOLUL XI
TULBURĂRILE DE LIMBAJ ŞI COMUNICARE

1. TULBURĂRILE DE PRONUNŢIE

Specificul tulburărilor dislalice pe fondul intelectului normal

În ontogeneza timpurie, vorbirea copilului se formează şi se dezvoltă în relaţie cu cei din jur, pe baza unor activităţi nesistematice, de satisfacere a unor necesităţi imediate, dar din perioada preşcolară copilul este solicitat să desfăşoare o serie de acţiuni tot mai organizate, care se cer înţelese şi exprimate. La început, copilul învaţă pronunţarea sunetelor prin imitaţie şi prin joc; apoi realizează cuvinte, propoziţii şi fraze. Încă de acum, la formarea propoziţiilor se respectă, în bună măsură, regulile gramaticale, pe baza aşa-numitului „simţ al limbii"care este diferit de la un copil la altul şi are un efect direct în evoluţia şi învăţarea limbajului.

Existenţa unor dificultăţi de dezvoltare determinate de structura psiho-fizică a copilului, de influenţele educative, existenţa unor modele deficitare pe care le imită, ca şi de acţiunea unor factori nocivi pot duce la tulburări de vorbire, care se prelungesc şi după perioada antepreşcolară, iar în alte situaţii, asemenea dificultăţi ale limbajului pot apărea la vârstele următoare şi, adeseori cu un debut violent .

În acest context, apar,. relativ frecvent, ***tulburări de pronunţie (articulaţie), constând în deformarea, substituirea, omiterea şi inversarea anumitor sunete în vorbirea spontană şi în cea reprodusă.*** Aceste manifestări sunt cuprinse sub denumirea de ***dislalie*** şi când ea se manifestă sub o formă uşoară, îmbracă forma de ***dislalie simplă sau monomorfă***, şi avem de-a face cu tulburări care se manifestă numai la nivelul unor sunete izolate sau la familia unor sunete (siflante şi şuierătoare) şi, de obicei, la acele sunete care se pronunţă mai târziu în ontogeneză, presupunând o coordonare fină a aparatului fonoarticulator în timpul emisiei şi un anumit nivel de dezvoltare a sistemelor cerebrale, iar atunci când tulburările se extind asupra mai multor sunete sau asupra majorităţii sunetelor, ea poartă denumirea de ***dislalie polimorfă*** şi când sunt afectate toate sunetele, dislalia este ***generală sau totală***.

Această clasificare a dislaliei este realizată pe baza criteriului simptomatologic şi este cel mai des folosită, considerându-se că este şi cea mai completă. Dar, dislalia se mai poate împărţi după criteriul etiologic, în ***mecanică*** (numită şi disglosie) şi ***funcţională***, după criteriul timpului de apariţie, în ***congenitală*** şi ***dobândită,*** după criteriul dominanţei dislaliei în raport de alte tulburări, în ***primară*** şi ***secundară***.

În ***dislalia polimorfă,*** vorbirea devine mai greu accesibilă pentru interlocutor, iar în exprimarea gândurilor, dislalicul are dificultăţi. În cazurile grave, dificultăţile dislalicului se extind şi asupra înţelegerii vorbirii celor din jurul său, ca rezultat al unui

vocabular, în genere, sărac. Specific este pentru dislalic, aşadar, existenţa tulburărilor de articulaţie sau de sonorizare a unor foneme sau a combinaţiilor dintre ele. Când nu intervin şi alte deficienţe, integritatea funcţiilor limbajului se păstrează, iar şansele corectării sunt mult mai mari.

Sunetele care necesită o modulare şi o sincronizare mai fină din partea componentelor aparatului fonoarticulator sunt cele care nu numai că apar mai târziu în vorbirea copilului, dar sunt şi cele mai afectate. Aşa este cazul siflantelor, şuierătoarelor, a sunetelor r, c, g, în timp ce vocalele se emit mult mai uşor, dar pot fi şi ele afectate, în condiţiile unei etiologii organo-cerebrale şi funcţionale. În dislalia generală sau totală, în rinolalie şi disartrie, adeseori fenomenele dislalice se extind şi asupra vocalelor. În condiţiile date, în proporţii diferite, este afectată nu numai latura de expresie a vorbirii ci şi cea de recepţie şi când subiectul are dificultăţi în decodificarea rapidă a mesajului verbal.

Frecvenţa dislaliilor este cea mai mare faţă de alte tulburări de limbaj şi este, în funcţie de vârstă, de sex, de maturizarea neurofiziologică, de nivelul de dezvoltare psihică, de anturaj, de condiţiile de educaţie, de condiţiile economice, de particularităţile de limbă etc.

Sunetele care apar primele în vorbirea copiilor nu sunt frecvent afectate şi chiar când apar asemenea deficienţe, ele se corectează mai uşor. Printre acestea, se numără vocalele, şi în primul rând, a, e, u, şi consoanele b, d, t, m, n etc. Se ştie că vibranta r apare mult mai târziu şi este des afectată. De asemenea, africantele, č, ğ, ţ, siflantele s-z şi şuierătoarele ş-j.

Normalitatea limbajului, împreună cu alţi factori, ca: inteligenţă, vârstă, educaţie (**G. A. Miller**, 1956) influenţează bogăţia şi varietatea vocabularului. Tulburarea structurii lexicale a vorbirii este dependentă de gravitatea handicapurilor de limbaj, de asocierea şi de întinderea lor.

La handicapaţii de limbaj, sunt unele cuvinte „critice" pe care le percep ca fiind dificile, în legătură cu care se aşteaptă să se întâmpine dificultăţi, astfel încât ele duc la o supraîncordare în planul conduitei verbale.

În ansamblu, tulburările de limbaj determină modificări în viaţa şi activitatea individului. La indivizii de vârstă mai mare, apare obiceiul de a ocoli acele cuvinte la care aceştia ştiu că întâmpină dificultăţi sau adoptă o serie de şiretlicuri, printre altele o pauză în vorbire pentru a-şi putea regla emiterea.

În formele grave de dislalie, (mai ales când este vorba de tetism şi, în plus, cu manifestări de agramatism) este afectată nu numai reproducerea corectă a sunetelor şi cuvintelor, dar este deficitar şi modul de organizare a cuvintelor în propoziţii şi felul în care sunt folosite acestea, în funcţie de forma gramaticală, ceea ce determină neînţelegerea comunicării verbale de către interlocutor sau apare o înţelegere diferită de intenţiile dislalicului.

Din aceste motive, diagnosticul diferenţial, în dislalie, prezintă o importanţă deosebită în adoptarea metodelor şi procedeelor logopedice adecvate. Pe bună dreptate, se afirmă, în unele lucrări (**M. Guţu**, 1975, pag. 122), că la stabilirea diagnosticului trebuie să se aibă în vedere atât criteriul simptomatologic şi etiologic, cât şi mecanismele psihofiziologice implicate în tulburarea respectivă: eventualele leziuni ale sistemului nervos central, leziuni ale organelor de articulaţie, leziuni ale aparatelor de recepţie etc.

La baza producerii tulburărilor de limbaj şi comunicare stau o multitudine de cauze la care noi am mai făcut referire pe larg (**E. Verza**, 2003). Şi tulburările de pronunţie se produc prin acţiunea unor factori variaţi. Astfel, cauzele care generează dislaliile au un evantai foarte larg, începând cu imitarea unor modele greşite de pronunţie, existenţa unor modele greşite de educaţie, menţinerea obişnuinţelor negative de pronunţie, lipsa de stimulare a pronunţării corecte şi terminând cu incriminarea unor factori nocivi complecşi: anomalii anatomo-funcţionale ale aparatelor periferice şi ale sistemului nervos central, nesincronizarea în funcţionarea segmentelor aferent-eferente, nedezvoltarea sistemelor cerebrale, insuficienţa dezvoltării psihice etc. Cercetările moderne leagă manifestările dislalice şi tulburările de ritm (bâlbâiala, tahilalia, bradilalia, tumultus sermonis), ca şi tulburările scris-cititului (disgrafia-dislexia) de stângăcie sau de contrarierea stângăciei. Se ştie că în producerea proceselor psihice între emisferele cerebrale se stabilesc raporturi de subordonare, una apare ca dominantă, iar cealaltă ca subordonată. De altfel, nivelul de lateralizare a unor funcţii este diferit. Se pot delimita – cum s-a văzut – funcţii puternice şi slab lateralizate. Limbajul, percepţia muzicii, reprezentarea eului fizic, operaţiile motorii (locomoţia, manipularea obiectelor) fac parte din prima categorie, iar percepţia vizuală, operaţiile mintale (de analiză şi sinteză, de calcul), actele atenţiei, procesele afective se înscriu în categoria a doua (**A. R. Luria**, 1962, pp. 75-78). Aşadar, limbajul, ca funcţie puternic lateralizată, se realizează cu predominanţă într-una din cele două emisfere: stângă, la dreptaci şi dreaptă, la stângaci.

Într-un studiu efectuat de noi, împreună cu **M. Golu** (1970), am constatat că dintre tulburările limbajului favorizate de stângăcie, dislalia şi în primul rând sigmatismele şi rotacismele au o frecvenţă mai mare, în vreme ce bâlbâiala denotă caracterul tranzitoriu al stângăciei, adică pe măsura consolidării dominanţei emisferei stângi, prin trecerea copilului de la folosirea mâinii stângi la cea dreaptă se deschid perspective de ameliorare şi corectare a bâlbâielii.

Unii autori, printre care **M. Seeman** (1965, pag. 6), afirmă caracterul ereditar al dislaliilor grave, mai cu seamă pe linie paternă. La asemenea cazuri, tulburările de pronunţie se pot corela cu o serie de insuficienţe motorii, unele dereglări statice şi carenţe ale funcţiei vestibulare. În alte tulburări de vorbire, ca de pildă în alalie, Seeman arată că dereglările vestibulare pot duce la explicarea mecanismului psihofiziologic, şi constituie un indicator important în diagnoza alaliei în ontogeneza timpurie sau chiar mai devreme.

În dislalie, grupa sigmatismelor şi a parasigmatismelor ocupă locul central. În genere, sunetele siflante şi şuierătoare apar mai târziu în vorbirea copilului, iar emisia lor presupune mişcări fine ale aparatului fonoarticulator, o anumită dezvoltare a auzului fonematic (care contribuie la diferenţierea sunetelor de altele), un auz nealterat etc. Din aceste motive, sigmatismele şi parasigmatismele sunt foarte frecvente la copiii de vârstă preşcolară, dar le întâlnim adeseori şi după această perioadă. Datorită frecvenţei siflantelor şi şuierătoarelor, cât şi specificul unor limbi, această grupă de sunete este mai des afectată în alte limbi, comparativ cu limba română. Astfel, în limba germană şi în limba cehă (**M. Seeman**, 1959), mai cu seamă la vârstele mici, apare o mare incidenţă a cazurilor de sigmatism şi parasigmatism pentru că pronunţia corectă a sunetelor respective are un grad ridicat de dificultate.

Sunetele siflante, şuierătoare şi africate s, ş, z, j, ţ, ce, ci, ge, gi sunt înlocuite adeseori între ele, dar şi cu alte sunete, în special cu t, d. Pe lângă înlocuiri, în sigmatism,

frecvenţa cea mai mare o prezintă omisiunile şi deformările grupei respective. Din deformarea acestor sunete apar, la unii dislalici, sunete care nu există în limba maternă, dar care se aseamănă cu unele sunete specifice altor limbi, sau, pur şi simplu, apar emisii vocale nespecifice limbii respective şi nu pot fi recunoscute, producând dificultăţi în recunoaşterea sunetului şi în descifrarea cuvântului, ce conţine asemenea sunete, de către interlocutor.

Cauzele care determină apariţia sigmatismelor şi parasigmatismelor sunt analizate în literatura de specialitate din unghiuri de vedere diferite, punându-se un accent mai mare pe unele şi fiind controversate altele. Astfel, deficienţele de auz sunt unanim socotite ca determinând incapacitatea discriminării sunetelor şi, ca urmare, a diferenţierii lor în actul articulării. Uneori, deficienţele de auz trec neobservate, deoarece ele se reduc la imposibilitatea recepţiei şi diferenţierii frecvenţelor înalte ale sunetelor (cum este cazul siflantelor). Cu cât anomalia auzului este mai accentuată, cu atât tulburările dislalice apar mai pregnant şi se extind asupra unui grup mai mare de sunete. Deficienţele auzului fonematic influenţează recepţia şi pronunţia, în primul rând a acelor grupe de sunete dar, într-o anumită măsură, şi a altora.

În planul etiologiei, un loc important îl ocupă şi imitaţiile unor modele de pronunţie neadecvate sau creşterea copilului într-un mediu social puţin stimulativ, din punctul de vedere al vorbirii. La copii, acţiunea acestor factori se resimte tot atât de evident ca şi metodele greşite de educaţie; printre altele, încurajarea copilului în pronunţia defectuoasă, pentru amuzamentul adulţilor, sau ridicularizarea lui, la o anumită vârstă, de către persoanele din jurul său; aceste situaţii duc la menţinerea şi fixarea tulburărilor de vorbire.

O altă cauză a sigmatismului – mult discutată în literatura de specialitate o constituie anomaliile dentomaxilare şi despicăturile de văl şi buze. Creşterea deficitară a dinţilor, lipsa acestora, muşcătura deschisă şi oblică, progenia şi prognatismul, macroglosia şi microglosia, aşa – numita „buză de iepure" şi „gură de lup" pot determina diferite forme de sigmatism, ca şi o serie de fenomene rinolalice, prin neputinţa fixării corecte a aparatelor de pronunţie şi devierea de la situaţia standard a jetului de aer care participă la emisia sunetelor. În fine, o dezvoltare insuficientă a sistemelor cerebrale şi a auzului, inclusiv a celui fonematic, determină retardul verbal, în genere.

Pe baza acestei etiologii şi a criteriului simptomatologic, specialiştii în logopedie descriu numeroase forme de sigmatism. Forma de ***sigmatism interdental*** ia naştere prin pronunţarea sunetelor siflante cu limba între dinţi. Aceasta este cea mai frecventă formă de sigmatism şi se poate consolida şi la vârste ulterioare.

La copiii mici, această formă de sigmatism apare frecvent, datorită lipsei dinţilor din faţă, care permite fixarea limbii între ei, determinând o împrăştiere exagerată a aerului ce participă la emisie. De obicei, acest tip de sigmatism dispare odată cu creşterea dinţilor şi se fixează ca defect cu semnificaţie logopedică, atunci se transformă în obişnuinţă sau când există şi alţi factori determinanţi. Asemenea situaţii pot genera instalarea unei deprinderi greşite de pronunţie. La unii copii, sigmatismul interdental se poate datora şi vegetaţiilor adenoide sau rigidităţii limbii, ca urmare a funcţionării asincrone şi a slăbiciunii muşchilor linguali, fenomen descris pe larg de Froschels.

Sigmatismul lateral poate lua naştere prin ieşirea jetului de aer prin dreapta în loc să se producă interdentar, şi poartă denumirea de sigmatism lateral dexter, ori spre stânga, când avem de-a face cu un sigmatism lateral sinister şi, în fine, aerul iese bilateral, dând naştere sigmatismului bilateral. Adeseori, sigmatismul dexter şi sinister se asociază cu o uşoară asimetrie facială a părţii drepte şi, respectiv, stângi.

Sigmatismul lateral se accentuează în raport cu retragerea comisurii bucale în direcţia laterală stângă sau dreaptă. Un rol important în producerea sigmatismului lateral îl are pareza parţială a nervului hipoglos. În acest caz, siflantele, şi în primul rând consoana **s**, sunt mai des afectate comparativ cu şuierătoarele.

Când vârful limbii se sprijină pe dinţi şi aceştia sunt prea apropiaţi, nepermiţând aerului să iasă prin spaţiul interdental, avem de-a face cu ***sigmatismul addental***. Această formă de sigmatism apare frecvent ca umare a nepercepeii corecte a pronunţiei, determinată de hipoacuzii sau de deficienţe ale auzului fonematic, cât şi datorită anomaliilor organice, ca spre exemplu, dentiţia incorect implantată şi maxilar inferior sau superior exagerat de proeminent (prognatismul). În acest caz, sonoritatea sunetelor siflante este evident alterată, prin ieşirea aerului în formă de evantai, în loc de o concentrare a acestuia prin spaţiul de mijloc al gurii.

În altă formă, ***sigmatismul palatal*** ce se produce din cauza retragerii vârfului limbii mult spre bolta palatină. În felul acesta, apare un sunet fricativ sau şuierător: şală în loc de sală, jial în loc de ziar. Cauzele sunt aceleaşi ca şi în cazul sigmatismului addental.

Dacă în sigmatismul addental, sonoritatea sunetelor este tulburată, în altă formă de sigmatism, şi anume în ***sigmatismul strident***, sonoritatea siflantelor este, dimpotrivă, prea mare, articulaţia devine atât de puternică încât supără pe ascultător, în cazul dat, depăşind pragul obişnuit al intensităţii. Pronunţia se poate compara cu vorbirea persoanei care apropie prea mult microfonul de buze sau când acesta este dereglat. Datorită unor deficienţe ale aparatului auditiv intern, sigmaticul respectiv nu-şi dă seama, în toate situaţiile, de deficienţa sa, şi printr-un efort sporit al intensităţii vocale, amplifică dificultatea ce o are.

Sigmatismele labial şi ***labio-dental*** se întâlnesc mai rar în practica logopedică. În primul caz, pronunţia se realizează cu participarea proeminentă a buzelor şi fără sprijinul incisivilor inferiori, apărând un fel de ş sau f, iar în al doilea caz, producerea siflantelor se face cu ajutorul incisivilor superiori şi a buzei inferioare care acoperă dinţii inferiori estompând sonoritatea sunetelor.

Atunci când palatul moale, din cauza unor deficienţe, nu-şi poate îndeplini funcţia sa normală, apare ***sigmatismul nazal***, care determină transformarea sunetelor siflante într-un fel de ng. În cazul acesta orificiul faringo-nazal nu se poate închide decât parţial (sigmatism nazal parţial) sau în situaţiile mai dificile, jetul de aer se scurge numai prin nas (sigmatism nazal total). Acest fel de sigmatism este determinat de despicăturile palatale, de imobilitatea palatului ca, de exemplu, la un palat prea scurt sau ca urmare a unei operaţii. S. Borel-Maisonny descrie un sunet ce se realizează între coardele vocale, şi care are o rezonanţă guturală, purtând denumirea de ***sigmatism laringual***.

Pe de altă parte, din punct de vedere ontogenetic, sunetul r apare, de obicei, în urma sunetelor siflante şi şuierătoare, iar deformările, înlocuirile şi omisiunile sale sunt frecvente, deoarece pronunţia sa presupune o anumită dezvoltare a aparatului fonoarticulator şi mişcări de sincronizare fină. Afectarea sunetului r se poate sesiza uşor în vorbire, întrucât acesta are o mare frecvenţă în cuvinte. Deformarea, omisiunea şi inversarea sunetului cu un alt sunet se numeşte ***rotacism***, iar înlocuirea sa cu un alt fonem, ***pararotacism***.

Majoritatea copiilor antepreşcolari şi preşcolari mici nu reuşesc să pronunţe corect sunetul r, deformându-l, omiţându-l sau înlocuindu-l, cel mai des, cu l sau cu alte sunete, ca d, h, v şi mai rar cu i, u etc. În acest caz, nu este vorba de rotacism sau pararotacism (care ar necesita o intervenţie logopedică); el se rezolvă de la sine, odată cu dezvoltarea aparatului fonoarticualtor. Dacă omisiunea, inversarea, deformarea şi substituirea lui r persistă şi după vârsta de 3 ani, atunci se impune terapia logopedică pentru corectarea rotacismului sau a pararotacismului.

De obicei, prezenţa rotacismului şi a pararotacismului constituie un indiciu al existenţei şi altor tulburări dislalice, ca urmare a mecanismelor complexe care participă la emisia sunetului r şi care prin funcţionare deficitară determină pronunţarea defectuoasă şi a altor sunete cu un grad ridicat de dificultate pentru emitere.

Frecvent, printre cauzele care determină apariţia rotacismului şi pararotacismului se numără unele anomalii anatomice sau funcţionale ale limbii: construcţia prea groasă a unor margini ale limbii şi, ca urmare, subţierea exagerată a altora, frenul prea scurt sau prea mare al limbii, care nu permite mobilitatea necesară emisiei, macroglosia limbii, o inervaţie inadecvată a limbii şi leziuni ale nervului hipoglos; defecţiuni ale boltei palatine, deficienţe ale auzului fizic sau fonematic; imitarea unor modele deficitare de pronunţare şi, în fine, o serie de factori de natură psiho-socială, care duc la fixarea deprinderii greşite şi care creează o serie de complexe ce se repercutează asupra întregii personalităţi.

Luând în consideraţie criteriul simptomatologic, cât şi pe cel al etiologiei, literatura de specialitate înregistrează o gamă foarte mare de rotacisme (peste 30 de forme). Noi ne vom referi, însă, numai la cele întâlnite mai des, şi care sunt specifice dislalicilor ce vorbesc limba română. Astfel, ***rotacismul interdental*** se produce prin vibrarea vârfului limbii, sprijinit pe incisivii superiori sau chiar prin atingerea de către limbă a buzei superioare. În acest caz, sunetul r se poate emite şi lateral, datorită scurgerii aerului prin comisura bucală, ceea ce duce la sâsâirea sau şuierarea lui. Atunci când sunetul r se realizează prin vibrarea buzelor, iar limba are un joc uşor, apare ***rotacismul labial***. În cazul când vibrează buza superioară, atingând incisivii inferiori ori vibrează buza inferioară prin atingerea incisivilor superiori, apare o altă formă de rotacism numită ***rotacism labiodental***. ***Rotacismul apical*** se produce din cauză că limba este strâns lipită de alveole, în timpul pronunţiei, ceea ce nu-i permite vibraţia necesară sau vârful limbii este curbat în timpul sprijinirii pe bolta palatină din care cauză vibraţiile nu apar în zona potrivită. În aceste cazuri, denaturarea sunetului r capătă caracteristica sunetelor fricative, sonore şi afone. În altă formă de rotacism, şi anume ***rotacismul velar***, nu vibrează vârful

limbii, cum este normal, ci vălul palatin. Atunci când orificiul palato-faringian nu se închide complet, iar vibraţiile se realizează la nivelul părţii posterioare a palatului moale şi peretelui posterior al faringelui, se produce un r strident, cu caracteristici nazale, de unde denumirea de ***rotacism nazal***. Când vibraţia pentru producerea sunetului r se realizează cu ajutorul uvulei şi nu prin vibrarea vârfului limbii sprijinit pe alveolele incisivilor superiori, se produce ***rotacismul uvular***.

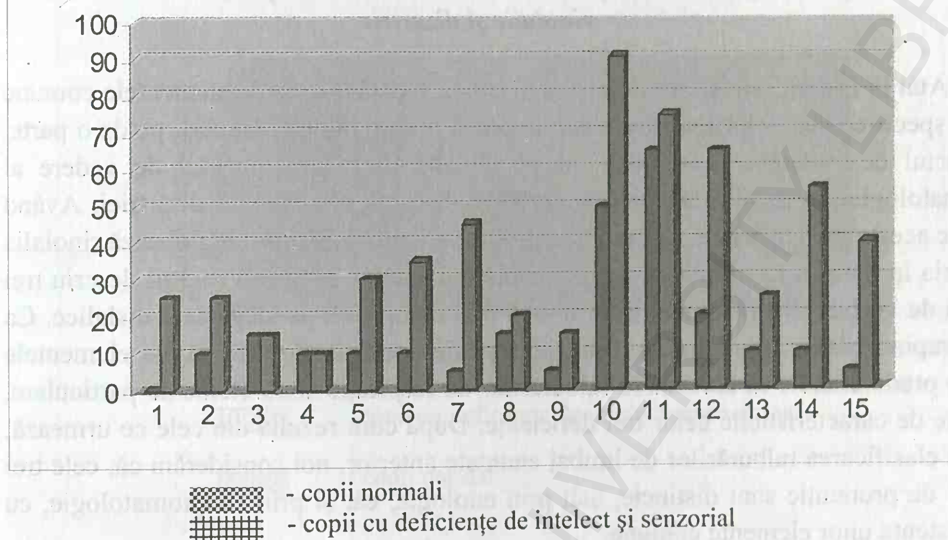
Necorectarea la timp a rotacismului velar, nazal şi uvular poate duce la instalarea unei fonastenii, din cauza încordării şi efortului exagerat necesar în producerea formei deficitare. Frecvent, la dislalicii de limbă română, se întâlneşte şi ***rotacismul bucal***, care ia naştere prin scurgerea aerului printre limbă şi obrajii ce intră în vibraţie. În funcţie de gravitatea afectării sunetelor, în emiterea cuvintelor care conţin asemenea sunete şi chiar la nivelul formulărilor verbale se constată o vorbire mai puţin agreabilă.

În cadrul tulburărilor dislalice, pot apărea dificultăţi şi în emiterea altor sunete, dar cu o frecvenţă mai mică. Printre acestea, merită atenţie ***lambdacismul*** şi ***paralambdacismul***, care constă în deformarea, omisiunea şi înlocuirea sunetului l. În genere, aria de manifestare a lambdacismului este mai restrânsă, în comparaţie cu grupa sigmatismelor şi rotacismelor. Se întâlnesc câteva forme mai frecvente, dintre care amintim: lambdacismul interdental, care se formează prin introducerea vârfului limbii între dinţi, afectând, în special, sonoritatea sunetului; lambdacismul nazal, provocat de coborârea vălului palatin astfel încât facilitează ieşirea aerului prin nas (frecvent în despicăturile palatine); lambdacismul afon, la care coardele vocale participă prea puţin sau deloc în emisia sunetului etc. În cadrul paralambdacismului, sunetul l este înlocuit frecvent prin dublarea vocalei care o urmează în cuvânt, dar şi cu sunetele n, t, i, y, d, g, r.

Există şi alte forme dislalice ca: ***betacismul*** şi ***parabetacismul*** (când este afectat sunetul b); ***capacism*** şi ***paracapacism*** (când este afectat sunetul c); ***gamacism*** şi ***paragamacismul*** (tulburarea sunetului g); ***deltacismul*** şi ***paradeltacismul*** (tulburarea sunetului d); ***fitacism*** şi ***parafitacism*** (tulburarea sunetului f); ***nutacism*** şi ***paranutacism*** (tulburarea sunetului n). În literatura de specialitate, nu am întâlnit denumiri corespunzătoare pentru deformarea sau înlocuirea tuturor sunetelor.

De exemplu, deformarea şi înlocuirea lui h este trecută în categoria gamacismului; afectarea sunetului t, la deltacism şi paradeltacism; afectarea lui v, la fitacism şi parafitacism, iar a sunetului m, la nutacism şi paranutacism, dat fiind probabil, poziţia asemănătoare a organului fonoarticulator în emisia sunetelor respective. Noi credem că este mai adecvată o terminologie corespunzătoare pe care o propunem, şi anume: pentru h – ***hamacism*** şi ***parahamacism***; pentru t – ***tetacism*** şi ***paratetacism***; pentru v – ***vitacism*** şi ***paravitacism***; pentru m – ***mutacism*** şi ***paramutacism***, pentru z – ***zitacism*** şi ***parazitacism*** etc. La această grupă de sunete, tulburările respective se datorează, pe de o parte, nesincronizării expir-inspir şi, ca urmare, scăderea articulaţiei sau scurtarea anormală, în timpul emisiei, a sunetului, iar pe de altă parte, deficienţelor de rezonanţă şi sonorizare, ca şi a deficienţelor de ocluziune. Desigur, toate aceste fenomene au o frecvenţă mai mare în cazul deficienţilor senzorial sau de intelect (vezi schema de mai jos).

Dislalia unor sunete, comparativ: copii normali şi copii cu deficienţe de intelect şi senzoriale de vârstă şcolară mică (după E. Verza).



1) betacism; 2) capacism; 3) deltacism; 4) fitacism; 5) gamacism; 6) hamacism; 7) jotacism; 8) mutacism; 9) nutacism; 10) rotacism; 11) sigmatism; 12) tetacism; 13) vitacism; 14) zitacism; 15) lambdacism

În unele situaţii, dislalia se accentuează prin aşa numitele deficienţe de sonorizare a consoanelor; în acest caz, dislalicul emite în locul sonorelor (d, b, v, g, j, z) perechile lor surde (t, p, f, c, ş, s). Fenomenul de înlocuire a consoanelor surde cu cele sonore se întâlneşte mai rar şi se manifestă în dislalia gravă, în disartrie, la hipoacuzici şi la debilii mintal (unde sunt mai accentuate deficienţele auzului fonematic şi tulburările motrico-kinestezice, care împiedică sincronizarea funcţională a aparatului de emisie, imaturitatea sistemelor cerebrale implicate în vorbire ş.a.).

Este ştiut că tulburarea pronunţiei vocalelor are loc foarte rar, când subiectul posedă un auz normal şi nu există anomalii ale aparatului bucal. Vocalele sunt evident denaturate în unele forme de dislalie polimorfă, în disartrie, în alalie, în hipoacuzie şi la cei cu retardări în vorbire. Existenţa tulburărilor vocalice poate constitui un indiciu pentru prezenţa şi a altor afecţiuni sau a unor anomalii funcţionale.

În unele situaţii, şi în special la copii, apare o pronunţie relativ corectă a sunetelor izolate, dar la nivelul silabelor şi cuvintelor se constată unele denaturări prin substituirea, omisiunea sau inversarea sunetelor. Desigur, asemenea denaturări apar în cazul anumitor cuvinte, în timp ce altele sunt pronunţate corect. În cazul unor asemenea tulburări, accentul şi ritmul vorbirii sunt afectate în mod direct. Şi unele tulburări în folosirea accentului, în special a ritmului, pot produce alterări ale sunetelor în silabe şi cuvinte.

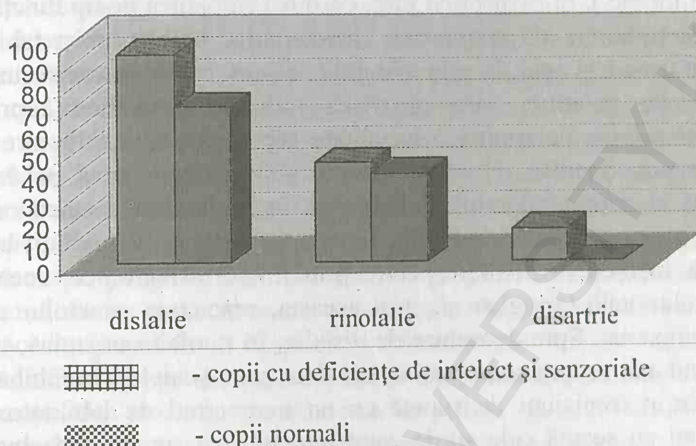
Denaturarea sunetelor în silabe şi cuvinte, de către unii dislalici, se datorează, în genere, neînţelegerii semnificaţiei cuvintelor şi nepercepeii lor corecte din punct de

vedere auditiv. În situații de dizabilități senzoriale, de intelect, de învățare, cuvântul nu este recepționat ca un tot și nu se realizează ordinea sunetelor în cuvinte.

1.2. *Perspectivă generală asupra elementelor comune și specifice în dislalie, rinolalie și dizartrie*

Atât în dislalie, cât și în rinolalie și disartrie, există o serie de elementele comune și altele specifice. Deosebirile și asemănările pot fi privite în două planuri: pe de o parte, din punctul de vedere al etiologiei, iar pe de altă parte, din punctul de vedere al simptomatologiei, al manifestărilor caracteristice dislaliei, rinolaliei și disartriei. Având în vedere aceste particularități, în literatura de specialitate, unii autori înglobează rinolalia și disartria în dislalie ca urmare a simptomatologiei comune, în timp ce alții descriu trei tulburări de vorbire distincte pentru că apar și alte fenomene, pe lângă cele dislalice. Ca atare, terapia dislaliei, rinolaliei și disartriei este fie comună, fie diferită, cu elementele generale predominante în corectarea tulburărilor de respirație și cu elemente particulare, în funcție de caracteristicile celor trei deficiențe. După cum rezultă din cele ce urmează, ca și din clasificarea tulburărilor de limbaj enunțate anterior, noi considerăm că, cele trei tulburări de pronunție sunt distincte, atât prin etiologie, cât și prin simptomatologie, cu toată existența unor elemente comune.

Dislalia și rinolalia le considerăm ca fiind două tulburări de vorbire cu elemente specifice, dar și cu o serie de aspecte comune, mai ales în domeniul articulării și emisiei sunetelor. Din punct de vedere etiologic, există factori care provoacă, în exclusivitate, rinolalia sau dislalia, dar sunt și o serie de cauze care determină atât fenomene dislalice, cât și fenomene rinolalice. Pornind de la aceste premise, metodele și procedeele de corectare a vorbirii dislalice se pot folosi eficient și în activitatea cu rinolalicii, pentru înlăturarea tulburărilor de pronunție. În același timp (concomitent sau după corectarea fenomenelor dislalice), se pot utiliza metode specifice și pentru corectarea altor deficiențe caracteristice în rinolalie, pe care le vom evidenția în continuare. O situație similară apare între dislalie și disartrie, în ideea că și între cele două tulburări pot fi desprinse elemente comune și diferențiatoare, atât pe planul etiologiei și al manifestărilor, cât și pe cel al terapiei logopedice. Totuși, în formele ușoare de rinolalie și disartrie este dificil de a trasa o linie de demarcație fermă între acestea și o dislalie, deoarece o primă caracteristică evidentă este aceea a existenței tulburărilor de pronunție (de emitere, de articulație), localizate, în principal, la nivelul sunetelor, al silabelor și al cuvintelor, în funcție de gravitatea și extinderea dificultății respective. Tulburarea de pronunție devine deosebit de complexă în cazurile în care, la același subiect, sunt prezente toate cele trei tulburări sau unele manifestări, mai mult sau mai puțin parțiale, din fiecare, mai cu seamă, dacă acestea apar pe fondul unui handicap de intelect sau senzorial. (vezi imag. de mai jos).



1.3. *Relaţie şi ierarhizare în rinolalie*

Pe lângă tulburările de pronunţie specifice dislaliei, în rinolalie există o serie de deficienţe, care constă în tulburarea rezonanţei sunetelor şi a vocii, cu caracteristici predominant nazale, care este cunoscută şi sub denumirea de voce fonfăită. Nazalizarea vorbirii, a sunetelor în primul rând, este o caracteristică specifică rinolaliei. Aşadar, în rinolalie, tulburările de fonaţie coexistă cu cele de articulaţie. Deficienţele vocii apar ca fenomene secundare în rinolalie şi în cazurile grave ele dau un aspect dezagreabil vorbirii.

Profunzimea acestei tulburări şi grupul de sunete afectate în rinolalie sunt în funcţie de tipurile sau formele ce le caracterizează. Astfel, rinolalia se poate împărţi în: **rinolalie aperta,** numită şi deschisă, în care suflul aerului necesar pronunţării sunetelor se scurge pe cale nazală, **rinolalie clausa** sau închisă, când unda expiratorie, necesară pronunţării, mai ales a sunetelor nazale (m, n), este împiedicată să treacă pe cale nazală şi se scurge pe traiectul bucal, şi **rinolalia mixa,** sau mixtă, în care unda expiratorie se scurge alternativ, pe cale bucală şi pe cale nazală, fără să se ţină seama de caracteristicile articulatorii ale sunetelor.

Rinolalia deschisă este determinată de o serie de malformaţii, localizate la nivelul vălului palatin sau de insuficienta dezvoltare a acestuia (ca urmare a unor boli infecţioase), de vegetaţii adenoide, de polipi, de atonia sau paralizia vălului palatin, de despicăturile labio-maxilo-palatine, care, în funcţie de profunzimea şi de întinderea lor, pot afecta în mod grav inteligibilitatea vorbirii.

Aceste cauze provoacă o *rinolalie deschisă de tip organic*, în timp ce *rinolalia deschisă de tip funcţional* este cauzată de incapacitatea sau mobilitatea redusă a vălului

palatin şi a muşchilor faringo-nazali, care nu reuşesc să realizeze închiderea necesară între cavitatea bucală şi cea nazală. De asemenea, rinolalia deschisă funcţională mai poate fi provocată şi de imitarea vorbirii unor persoane rinolalice, mai cu seamă la copii, în perioada de însuşire a vorbirii, de neexersarea vălului palatin şi a muşchilor, ca urmare a unor deficienţe ce au fost înlăturate (de exemplu, înlăturarea chirurgicală a vegetaţiilor adenoide, a polipilor etc.). În cazuri mai rare, vorbirea rinolalică de tip funcţional poate fi determinată şi de tulburări ale respiraţiei, caracteristice bâlbâiţilor şi tahilalicilor, dar manifestările sunt uşoare şi apar, în cele mai multe cazuri, ca fenomene secundare.

Despicăturile palatine, care provoacă tulburări rinolalice cuprinse şi sub denumirea de ***palatolalie***, determină o nazalitate accentuată şi o tulburare articulatorie pronunţată. Gutzman, Seeman, Hvatţev, Arnold sunt de părere că palatolalia este o dislalie mecanică în care predomină deficienţele în pronunţarea sunetelor. În această situaţie, vălul palatin nu-şi poate îndeplini funcţia de separare a cavităţii bucale de cea nazală şi nici să închidă orificiul respectiv prin mişcări sincronice, ceea ce duce la schimbarea istmului velo-faringian şi, prin aceasta, rezonanţa sunetului este afectată. Astfel, apare nazalizarea. Spre deosebire de dislalie, în rinolalia organică, tulburările de pronunţie se extind atât asupra consoanelor, cât şi asupra vocalelor. În felul acesta, au loc deformări, substituiri, omisiuni de sunete cu un mare grad de labilitate. Consoanele explozive, dar mai cu seamă cele surde, sunt înlocuite cu sunete nedesluşite, care iau naştere prin participarea glotei sau mai exact printr-un „coup de glotte". Mai puţin afectate sunt consoanele p şi b, t şi d, dar în multe situaţii b este înlocuit cu m, iar d este înlocuit cu n; t este omis. În palatolalie, consoanele orale se pronunţă cu un accent nazalizat sau pur şi simplu sunt omise din vorbire. Frecvent, sunt omise şi consoanele c–g, acestea fiind înlocuite cu nişte sunete asemănătoare celor parazitare din vorbirea normalilor (îî). Consoanele fricative sunt pronunţate cu un accentuat suflu nazal (deperdiţie nazală), ceea ce duce la afectarea profundă a sonorităţii fricative, prezenţa componentei nazale devenind supărătoare. Sunetele cele mai afectate, ca de altfel şi în dislalie, sunt cele din grupa siflantelor, deoarece pronunţarea lor presupune o undă a suflului puternică şi concentrată care nu se poate realiza din cauza scurgerii aerului prin cavitatea nazală. În cazul acesta, siflantele sunt omise, dând impresia că se „pierd" pe parcursul pronunţiei sau că sunt înlocuite cu un sunet „spart ".

Spre deosebire de această accentuată labilitate, caracteristică rinolaliei, când, de fapt nu pot fi prevăzute tipurile de manifestări (substituiri, omisiuni etc.), orice fiind posibil şi chiar diferit de la un caz la altul, în dislalie, după cum s-a văzut, deformările, omisiunile, substituirile şi chiar adăugirile se produc după unele reguli, cum ar fi:

- substituirea unui sunet cu un alt sunet apropiat, ca emisie, care presupune mişcări ale elementelor aparatului fonoarticulator relativ asemănătoare;
- deformarea sunetelor cu un grad mare de dificultate în emitere şi o sincronizare mai deosebită între componentele aparatului fonoarticulator;
- omiterea sunetelor „dificile" şi care apar mai târziu în dezvoltarea ontogenetică a copilului;
- omiterea, deformarea şi substituirea sunetelor care se află în grupuri consonantice bi- şi trisilabice;

- frecvent, dislalia se localizează la nivelul sunetelor, în timp ce rinolalia se poate extinde şi la nivelul silabelor. (**E. Verza**, 2003)

În rinolalia deschisă sunt afectate, mai mult sau mai puţin, şi vocalele, în timp ce în dislalie, tulburările lor sunt rar întâlnite sau sunt neînsemnate. Cel mai profund sunt afectate vocalele î, i, u, iar cel mai puţin, vocala a. Prin tulburarea vocalelor, vorbirea devine deosebit de dezagreabilă, datorită prezenţei accentului exagerat.

Spre deosebire de rinolalia deschisă, în rinolalia închisă sunt prezente, pe lângă tulburarea de pronunţie şi deficienţele de rezonanţă nazală, în sensul lipsei rezonanţei nazale, provocată de suflul de aer care nu poate parcurge cavitatea nazală. În cazul acesta sunt afectate, în primul rând, sunetele nazale (m şi n), care erau mai puţin tulburate în rinolalia deschisă. Sunetele nazale, fie că sunt omise, fie că sunt substituite cu b şi d. În rinolalia închisă de tip organic, unda expiratorie este împiedicată total sau parţial să iasă pe cale nazală, din cauza unor deficienţe ale cavităţii faringo-nazale provocate de vegetaţiile adenoide, polipi, deviaţii de sept etc. După adenoidectomizare se diminuează „sforăitul" nazal, dar se poate menţine nazonarea sunetelor. Sforăitul nazal influenţează pronunţia majorităţii sunetelor şi în special a celor siflante. Şi hipoacuzia poate determina fenomene rinolalice, dar predomină tulburările de pronunţie caracteristice dislaliei prin substituirea majorităţii sunetelor cu consoanele: p, b, v, g, s, j. Rinolalia închisă de tip funcţional apare în urma funcţionării defectuoase a muşchilor sau a vălului palatin, care nu pot deschide traiectul nazal în timpul pronunţării sunetelor nazale. Obişnuinţa şi lipsa de exersare, ca şi fenomenele de imitaţie şi de lipsă a controlului auditiv, pot determina o vorbire cu caracter rinolalic.

Calea nazală poate fi blocată în zone diferite şi, în funcţie de această localizare, rinolalia închisă se clasifică în ***anterioară*** şi ***posterioară***. În rinolalia închisă anterioară sunt blocate narinele, astfel încât nazo-faringele nu poate comunica cu exteriorul prin intermediul cavităţii nazale. În această formă de rinolalie, principala caracteristică este aceea că sonoritatea sunetelor m şi n apare foarte ştearsă. Profund afectată este şi respiraţia, ceea ce influenţează întreaga vorbire a rinolalicului. La blocarea nazo-faringelui apare rinolalia închisă posterioară. La subiecţii cu o astfel de rinolalie, sunetele m şi n sunt omise sau înlocuite. De obicei, înlocuirea lui m se face cu b, iar a lui n cu d. Respiraţia este tot atât de afectată ca şi în cazul rinolaliei închise anterioare. Desigur, respiraţia deficitară influenţează negativ şi sănătatea subiectului (M. Sovak).

În rinolalia mixtă, întâlnim la acelaşi subiect atât fenomenele caracteristice rinolaliei deschise, cât şi particularităţi ale celei închise, ca urmare a prezenţei anomaliilor de închidere a căilor nazale sau a obstrucţiei acestora. Natura cauzelor care provoacă rinolalia mixtă poate fi organică sau funcţională. Ea poate fi determinată de despicături congenitale, care se pot extinde asupra buzei, maxilarului şi cavităţii nazale, de vegetaţiile adenoide, de deviaţiile de sept, de hipotonia velară funcţională etc. Există o mare labilitate în ceea ce priveşte sunetele afectate. Astfel, rinolalicul poate pronunţa, relativ bine, într-o situaţie şi poate deforma, substitui sau inversa acelaşi sunet, în altă situaţie. Vocea rinolalicilor din această categorie are caracteristici nazale, este lipsită de forţă şi dă impresia că se atenuează spre sfârşitul pronunţării cuvântului, deoarece scade intensitatea ei. Sonoritatea deficitară, care provoacă tulburarea vocii, este numită de Hvatţev „fonfăire " şi se întâlneşte nu numai în rinolalia mixtă, dar şi în cea închisă sau deschisă, indiferent că este de natură organică sau funcţională.

Tulburările dislalice prezente în rinolalie au un caracter variat, datorită nu numai vârstei, nivelului de dezvoltare psihică şi mediului socio-cultural în care trăieşte logopatul, dar mai cu seamă sunt în funcţie de cauza care a provocat rinolalia, de momentul intervenţiei medicale şi de rezultatele ei, cât şi de particularităţile de personalitate ale subiectului. Astfel, în acelaşi tip de rinolalie, la un subiect se pot întâlni forme uşoare şi parţiale de omisiuni ale unor sunete (cum sunt cele din categoria siflantelor şi fricativelor), în timp ce la alt rinolalic, cu acelaşi diagnostic, pot exista fenomene accentuate de paradislalie şi diverse tipuri de deformări ale sunetelor (în primul rând ale labio-dentalelor, siflantelor, fricativelor etc.), cât şi omisiuni care fac vorbirea neinteligibilă.

În deficienţele anatomice, fenomenele principale care determină tulburările dislalice sunt: zgomotul anormal produs de glotă, suflul nazal în timpul pronunţiei, suflul răguşit şi nazonarea sunetelor. Zgomotul glotic apare, mai ales, la rinolalicii cu despicătură de văl palatin şi duce la afectarea consoanelor p, d, b, t, c, g, f, v, h, s, ş, z, j. Suflul nazal provoacă cele mai caracteristice fenomene dislalice şi, ca urmare, majoritatea sunetelor sunt omise, deformate şi substituite, cu excepţia consoanelor nazale m şi n. Prin suflul răguşit sunt omise, preponderent, consoanele (ş, s, f, j, ce, ci, ge, gi) şi mai rar consoanele r şi l. Nazonarea sunetelor determină o voce cu un aspect dezagreabil, caracterizată prin răguşeală, îngroşare şi prin înfundare.

În cazurile când la acelaşi rinolalic sunt prezente toate cele patru caracteristici, vorbirea este profund alterată, iar înţelegerea ei devine imposibilă. Şi mai grav este faptul că nici rinolalicii respectivi nu reuşesc să înţeleagă bine vorbirea persoanelor normale.

1.4. *Relaţie şi ierarhizare în disartrie*

Şi în cazul disartriei, ca şi în cel al rinolaliei, este o serie de manifestări asemănătoare dislaliei, dar ele sunt mult mai accentuate, mai grave şi cu implicaţii extinse în desfăşurarea conduitei verbale a disartricului. Această situaţie este determinată de etiologia disartriei, în care se remarcă, pe prim plan, disfuncţionalităţile căilor centrale şi afecţiunile nucleilor nervilor care iau parte la desfăşurarea actului de pronunţie, apărute, frecvent, în urma unor boli ale creierului sau a leziunilor de la nivelul acestuia. Ca urmare a acestei etiologii, disartria mai este numită şi ***dislalie centrală***. Fiind atât de complexă, o atare etiologie, ca şi efectele ei, nu se opresc numai la nivelul pronunţiei, ci perturbă întreaga comunicare, precum şi disponibilităţile subiectului de mânuire corectă a componentelor verbale. Astfel, la tulburările de pronunţie, în disartrie se adaugă şi dificultăţile care determină o vorbire neclară şi confuză prin prezenţa disritmiilor verbale, a monotoniei, a rezonanţei nazale, a disfoniei, în care deficienţele vocii parcurg un traseu regresiv, odată cu înaintarea în vârstă. ***Ca o primă notă specifică disartriei, se poate remarca decalajul dintre vorbirea expresivă, ce este profund afectată, şi vorbirea impresivă, care se conservă mai bine şi care permite înţelegerea, relativ bună, a comunicării verbale.***

Afecţiunile cerebrale produse la nivelul diferitelor zone şi etaje ale creierului nu perturbă numai limbajul în sine, ci şi toate elementele implicate, într-un fel sau altul, la producerea acestuia. Spre exemplu, mişcările fine şi chiar grosiere nu au precizia şi echilibrul desfăşurării sincrone şi economicoase, adecvate scopului urmărit. Mişcările

aparatului fonoarticulator, mişcările implicate în respiraţie şi fonaţie, cele legate de kinestezia mâinii (cu implicaţii şi în desfăşurarea scrisului) etc, nu răspund eficient comenzilor centrale şi nu pot fi controlate în toate împrejurările în care se impun, agravând neinteligibilitatea vorbirii disartricului. De cele mai multe ori, subiectul disartric este conştient de aceste dificultăţi, ca şi de cele care-i afectează vorbirea, ceea ce îl face să depună un efort mai mare pentru înlăturarea lor, dar, paradoxal, tensiunea psihică şi neputinţa depăşirii acestor dificultăţi, determină accentuarea dereglajului verbal şi psihoneuromotor.

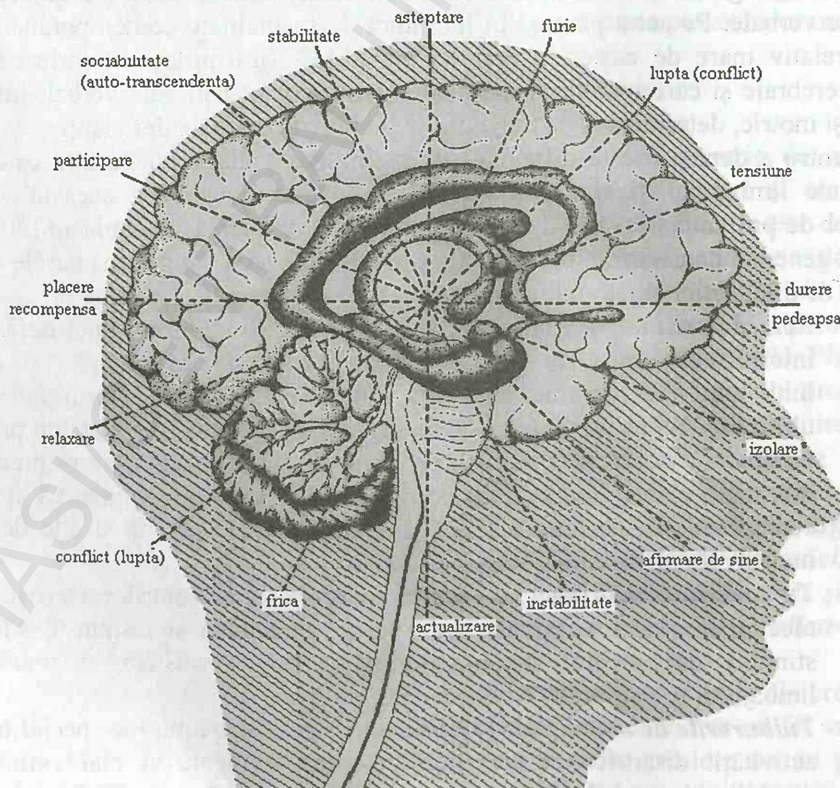
Dată fiind existenţa unor tulburări de pronunţie supradimensionate, diagnosticul diferenţial, în disartrie, nu este atât de simplu cum pare la prima vedere. Nu este uşor de pus în evidenţă specificul afecţiunilor cerebrale şi mai ales localizarea acestora la zone bine delimitate, implicaţiile diferitelor segmente cerebrale în producerea procesului verbal, cât este afectată pronunţia (specifică dislaliei) şi alte caracteristici ale limbajului, ca urmare a acestora ce se regăsesc în categorii de tulburări diferite de cele de pronunţie. De aici, posibile confuzii între disartrie şi retardul verbal al deficienţilor de intelect (unde poate fi o etiologie asemănătoare), dar mai ales confundarea cu afazia motorie şi alalia, unde există şi o simptomatologie apropiată ca formă de manifestare a dificultăţilor verbale şi nu numai atât. Autori ca H. Gutzman (1911), iar mai târziu, Arnold şi Leapedevski au făcut eforturi de definire a disartriei, prin relevarea nu numai a simptomatologiei caracteristice dislaliei, cât şi prin sublinierea fenomenelor ce ţin de deteriorarea inteligibilităţii, odată cu afectarea caracteristicilor generale în organizarea structurilor verbale. Pe acest plan, şi în literatura de specialitate contemporană se evocă numărul relativ mare de naşteri a copiilor cu I.M.C. (infirmitate motorie cerebrală), paralizii cerebrale şi care manifestă deficienţe complexe în palierele verbal, intelectual, senzorial şi motric, determinând, astfel, confuziile între tipurile de deficienţe.

Pentru a depăşi aceste dificultăţi de delimitare a disartriei de alte categorii de tulburări ale limbajului şi chiar de precizarea locului ocupat de aceasta în cadrul tulburărilor de pronunţie, o serie de autori recurg la sublinierea „complicaţiilor" psihice care pot fi generate de disartrie. În această ordine de idei, se disting următoarele categorii principale de disfuncţionalităţi–tulburări psihice care însoţesc disartria:

a. ***Retardul mintal;*** acesta poate fi grav, îmbrăcând forma unei deficienţe de intelect, dar mai frecvent, o întârziere mintală determinată şi de lipsa limbajului şi a comunicării, fără a fi o deficienţă de tip oligofrenic. În acest ultim caz, subiectul face progrese şi pe linie intelectuală, odată cu progresele înregistrate la nivelul limbajului şi la nivelul întregii activităţi psihice ceea ce însemnă prezenţa intelectului normal. Totuşi, trebuie subliniat că afecţiunile cerebrale, care generează fenomenul disartric, determină şi alte deficienţe, inclusiv debilitatea mintală propriu-zisă.
b. ***Tulburările senzoriale;*** se produc, fie prin lezarea centrilor nervoşi, fie prin afecţiunea căilor senzoriale, care perturbă recepţia şi răspunsul adecvat la stimulii din mediul înconjurător. Ca atare, însuşirea şi manifestarea limbajului se realizează cu dificultate.
c. ***Tulburările de motricitate şi psihomotricitate*** ocupă un loc special în cadrul activităţii disartricului, ele fiind cele mai evidente şi mai extinse după dizabilităţile verbale. Ca atare, este afectat mersul şi mişcările generale de

executare a unor acţiuni localizate la nivelul unor segmente ale corpului sau pot cuprinde întreaga motricitate. Mişcările fine, care se realizează sub un control central mai pronunţat, sunt cele mai afectate şi cum ele sunt implicate în producerea diferitelor forme de limbaj, distorsiunile acestuia sunt direct proporţionale cu tulburările psihomotricităţii. Spre exemplu, deficienţa muşchilor aparatului fonoarticulator, a celor intercostali şi abdominali, a diafragmului şi imposibilitatea coordonării lor de către etajele superioare ale creierului, determină dificultăţi majore în emiterea sunetelor şi, mai ales, a cuvintelor. În aceste condiţii, fenomenele de spasticitate se extind şi la nivelul kinesteziei mâinii, a falangelor îndeosebi, ceea ce determină dificultăţi şi la nivelul formării deprinderilor de scris.

d. ***Tulburările afective*** au la bază lipsa de echilibru între excitaţie şi inhibiţie, ca şi imposibilitatea stăpânirii acestor procese.Ca urmare, trăirile afective, emoţiile, afectele, dispoziţiile şi sentimentele etc. nu pot fi stăpânite, ceea ce face să nu corespundă neapărat factorului declanşator sau să se manifeste exacerbat în împrejurări neadecvate care nu pot fi desprinse din contextul general al acestor trăiri psihice, coordonate de centrii corticali superiori. La acestea se mai adaugă şi faptul că, de cele mai multe ori, disartricul este conştient de dificultăţile ce le întâmpină, dar încearcă să le depăşească şi astfel, frământările şi tensiunile interioare îi bulversează şi mai mult planul afectiv.



e. ***Tulburările psihosociale*** privesc dificultăţile subiecţilor disartrici în adaptarea la mediul înconjurător şi în formarea autonomiei personale. De cele mai multe ori, ei nu îşi pot forma deprinderi de autoservire şi igienico-sanitare care să le confere independenţă faţă de cei din jur, nu îşi dezvoltă abilităţi practice de activitate profesională, deoarece dificultăţile motricităţii depăşesc posibilităţile lor de autocontrol.

Sunt mai multe categorii de factori etiologici care, ca şi în situaţiile altor tulburări de limbaj, acţionează în diferite etape ale devenirii subiectului:

- *în etapa prenatală* pot acţiona factori nocivi, de tipul infecţiilor virotice, boli ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, diabetul, iradierea radiologică, unele tulburări psihice grave ale gravidei etc. care au un impact mai mare asupra fătului, cu cât vârsta acestuia este mai mică.
- *în etapa perinatală*, dificultăţile sunt determinate de naşterile grele, prelungite şi de asfixii, de prematuritate;
- *în etapa postnatală* pot interveni şi mai mulţi factori negativi: stări grave de icter prelungit, stări convulsive, intoxicaţii cu substanţe chimice, apariţia unor boli somato-psihice grave ş.a.

În raport de aceste cauze, se produc leziuni şi paralizii centrale diferite, după care, în literatura de specialitate, sunt descrise mai multe forme de disartrie, dar noi ne vom referi la cele mai des invocate şi cu frecvenţă mai mare:

1. ***Disartria corticală*** se produce prin apariţia deficienţelor de la nivelul scoarţei cerebrale, care pot avea la bază meningoencefalita, tulburări vasculare, traumatisme cranio-cerebrale; Acestea provoacă, în plan verbal, nu numai dificultăţi de pronunţie a sunetelor şi cuvintelor, dar şi accentuate tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii, de voce şi de melodicitate a vorbirii.

2. ***Disartria subcorticală,*** în care predomină tulburările căilor extrapiramidale, de unde şi existenţa unor subforme de disartrie piramidală şi de disartrie extrapiramidală; ele prezintă, în plan verbal, o simptomatologie relativ similară. Aceasta cuprinde, printre altele, tulburări de pronunţie, vorbire de tipul rinolaliei, tulburări de voce, de ritm şi de fluenţă a vorbirii, retard verbal şi dificultăţi de comunicare prin mimică şi gestică.

3. ***Disartria cerebeloasă,*** determinată de leziuni ale cerebelului şi ale căilor cerebeloase. Vorbirea este afectată nu numai sub raportul articulaţiei, ci şi sub cel al intensităţii emiterii, iar în ansamblu, vorbirea este neclară, monotonă, bolborosită, greu de înţeles de auditor.

4. ***Disartria bulbară,*** caracterizată prin tulburările neuronilor motori şi ai nervilor din bulb, are efecte negative în coordonarea mişcărilor limbii, a faringelui şi a laringelui, a celor legate de respiraţie şi de inervare a

cavității bucale. Ca urmare a tulburărilor organice, se produc paralizii bulbare cu efecte dizgrațioase asupra mișcărilor faciale (ticuri, strâmbături, schimonoseli) care însoțesc pronunția. Dar nu lipsesc și alte tulburări, cum sunt cele ale vocii, ritmicității și respirației.

5. ***Disartria pseudobulbară,*** este marcată de afecțiuni ale căilor cortico-bulbare, de unde și apariția de paralizii totale sau parțiale la nivelul buzelor, limbii, vălului palatin și a coardelor vocale. Ca urmare, vorbirea este tulburată sub aspectul pronunției, fonației, rezonanței, ritmicității și preciziei. În această formă de disartrie, sunt prezente și tulburări de coordonare a mușchilor și un dezechilibru pronunțat la nivelul sincronizării expir-inspir, afectând, astfel, și mai mult emiterea verbală.

În concluzie, sub aspectul vorbirii, în toate formele de disartrie, pot fi întâlnite incapacități totale sau parțiale care evoluează de la o fenomenologie de tip dislalic până la cea de tipul anartriei când este afectat atât limbajul expresiv cât și cel impresiv.

2. TULBURĂRILE DE RITM ȘI FLUENȚĂ ALE VORBIRII

2.1. Categoriile tulburărilor respective

La unii autori, tulburările de ritm și fluență ale vorbirii sunt reduse la o singură formă, la bâlbâială, iar toate celelalte sunt subsumate și interpretate prin prisma acesteia. În realitate, bâlbâiala (denumită și balbism, după alții batarism) este forma dominantă și mai cuprinzătoare în cadrul acestor tulburări. Ea este și cea mai studiată și cunoscută, deși este departe de a fi pe deplin elucidată, mai cu seamă sub raportul mecanismelor psihofiziologice de producere și al metodologiei cu caracter terapeutic.

Bâlbâiala constituie una din cele mai grave tulburări de vorbire atât prin modul de manifestare, de expresie a vorbirii, cât și prin impactul ce îl are asupra subiectului logopat, trăind în raport cu aceasta o adevărată dramă, un stres și o teamă continuă față de vorbire și față de efectele, eventual negative, produse asupra auditorului. Bâlbâiala poate apărea de la vârstele timpurii ale copilului, așa cum poate să se instaleze la oricare din vârstele omului, dar din fericire, raportată la celelalte tulburări ale limbajului ea are o frecvență mai redusă. În schimb, se prezintă ca o tulburare gravă de vorbire ce are tendința să se agraveze tot mai mult în timp, pe măsura înaintării subiectului în vârstă.

Deși bâlbâiala este forma fundamentală în cadrul tulburărilor de ritm și fluență, se constată existența și a altor categorii de dificultăți ce afectează ritmul și fluența vorbirii și care au multe elemente comune cu bâlbâiala așa cum altele sunt specifice fiecărei forme. De aici nevoia de a stabili granițele dintre bâlbâială și alte tulburări de ritm și fluență ale vorbirii ce pot fi cuprinse prin sintagma de **tulburări asemănătoare bâlbâielii**. Se justifică o astfel de denumire și prin faptul că ele prezintă, în bună măsură, o etiologie comună bâlbâielii, dar mai ales prin aceea că simptomatologia verbală din aceste tulburări conține unele elemente pe care le întâlnim și în bâlbâială. Pe de altă parte, trebuie subliniat că în formele grave de bâlbâială apar frecvent, în plan secundar, o serie de

caracteristici ce le sunt specifice tulburărilor asemănătoare bâlbâielii. Din categoria tulburărilor asemănătoare fac parte următoarele:

- **Tahilalia** este o vorbire extrem de accelerată, cu un debit mare de cuvinte pe unitate de timp, afectând evident ritmul verbal. Ca urmare a ritmului rapid a emisiunii verbale, pot să apară omisiuni şi substituiri de sunete şi cuvinte denumite prin termenul de tahifazie sau chiar omisiuni şi substituiri de propoziţii şi fraze, denumite tahifrazie. Deşi în tahilalie se păstrează calităţile fonetice şi sintactice ale vorbirii, pot să apară şi agramatisme, deformări de sunete şi cuvinte, pronunţia incompletă a cuvântului, prin omiterea începutului sau a sfârşitului acestuia, contaminări aleatorii ale cuvintelor din frază etc.

În tahilalie, vorbirea îmbracă un aspect logoreic, cu inflexiuni vocale inconstante ce fac ca timbrul să devină dezagreabil.

Ca urmare a perturbării ritmului vorbirii, auditorul întâmpină dificultăţi de înţelegere a logopatului deoarece decodifică cu greutate sensul şi semnificaţia cuvintelor recepţionate, dar şi tahilalicul îşi urmăreşte cu dificultate ideile pe care doreşte să le expună, neavând timp suficient pentru codificarea lor verbală.

Tahilalia apare mai frecvent în tensiunile emoţionale, în stările de agitaţie generate de unele forme astenice, în convalescenţă după o boală mai îndelungată, în agitaţiile parkinsoniene, în unele tulburări psihice, în stările confuze după o depresie puternică sau după o trăire dramatică mai deosebită etc.

- **Bradilalia** este opusul tahilaliei şi se manifestă printr-o vorbire exagerat de lentă în care intervalele dintre enunţurile de cuvinte şi propoziţii sunt atât de mari încât devin supărătoare pentru vorbitor, cât şi pentru ascultător. Ascultătorul pierde şirul ideilor pe care le transmite vorbitorul, deoarece pauzele prea mari îl împiedică să rămână continuu concentrat şi îi distrag atenţia de la contextul comunicării. Subiectul bradilalic este tensionat în faţa neputinţei de a adopta un ritm normal în vorbire, se centrează mai mult pe acest aspect, în detrimentul urmăririi cursivităţii ideilor. Din acest motiv, uneori subiecţii bradilalici sunt greşit evaluaţi ca fiind deficitari din punctul de vedere al intelectului. Această apreciere este cu atât mai frecventă cu cât se ştie că bradilalia se asociază, în multe cazuri, cu deficienţa mintală sau cu slăbiciunile intelectului. În genere, lentoarea ideativă şi dominarea procesului de inhibiţie determină o lentoare la nivelul comunicării verbale, cu pauze prea mari între cuvinte. Fenomenul de lentoare se înregistrează şi în plan motor, mişcările sunt lente, dând impresia că se desfăşoară cu încetinitorul, spărgând tiparul mişcărilor ritmice şi stereotipe.

Aşadar, fenomenul de bradipsihie, ce afectează întreaga activitate psihică şi motorie, agravează bradilalia şi imprimă vorbirii monotonie, lipsă de inflexiune verbală, o tonalitate şi un timbru dezagreabile.

- **Tumultus sermonis**, denumit în termen popular gângăveală sau bolboroseală, iar de unii specialişti batarism, se caracterizează prin perturbarea fluenţei vorbirii. Deşi predomină un ritm precipitat, alert în desfăşurarea vorbirii el este întrerupt de monotonie şi de repetarea unor sunete şi cuvinte afectând procesul de ideaţie normală. Apar, de asemenea, deformări de cuvinte ca urmare a omisiunilor, inversiunilor şi asimilărilor de silabe şi cuvinte.

Vorbirea are un efect de ecou, fenomen ce deregleează activitatea de coordonare a funcției periferice a vorbirii de către centrii superiori.

În multe cazuri se pot constata asocieri între tumutus sermonis și alte tulburări de limbaj ca tulburările de articulație (dislalie), retard verbal, tonalitate și intensitate inconstante ale vocii, toate imprimând un caracter dezagreabil vorbirii.

Persoanele afectate de tumultus sermonis nu sunt conștiente de deficiențele ce le au, dar pot deveni sensibile la acestea în funcție de atitudinea celor din jur, și atunci controlul expresiei verbale, a aspectelor prozodice și a mimico-gesticulației devine exagerat perturbând astfel caracteristicile automatizate și de stereotipie.

- **Aftongia** se manifestă prin dificultăți majore la nivelul articulării sunetelor în care se găsesc fenomene tipice dislaliei, începând de la aspecte legate de deformare și emitere neclară, până la cele ce privesc omisiunile, inversiunile, adăugirile etc., manifestate în paralel cu tulburarea ritmicității în desfășurarea vorbirii, a cursivității și fluenței acesteia. În stările de emotivitate crescută, ca și în oboseală, în disconfort psihic, în conștientizarea unor eșecuri, toate aceste aspecte se amplifică semnalând o semnificație fermă a prezenței componentelor specifice oricărei forme de bâlbâială.

Aftongia se produce prin apariția la nivelul musculaturii limbii a unor spasme de lungă durată ce reduc elasticitatea acesteia și posibilitatea desfășurării mișcărilor fine necesare emiterii verbale. Se pare că dificultățile funcționale de la nivelul organului lingual nu sunt atât locale, cât mai ales datorate slabului control al creierului în exercitarea coordonării.

- **Tulburările coreice** au la bază o încărcătură nervoasă negativă, manifestată prin gesturi și afecțiuni care trădează starea de nevrotism și de tensiune emoțională a subiectului. La acestea se mai adaugă și unele obișnuințe dobândite în copilărie, prin imitație sau prin perceperea unor situații conflictuale la care se caută o ieșire eficace. De aici, instalarea unor ticuri nervoase localizate la nivelul unui organ sau a unei părți a corpului, și, uneori, ticuri cu caracter general ce implică mișcări care se extind la nivelul a două sau mai multe organe. Când acestea sunt însoțite de vorbire, pot duce la tulburarea ritmicității și, uneori, a fluenței ei, la tremurarea vocii și distragerea atenției în urmărirea ideației, la folosirea inadecvată a unor cuvinte cu prezența spasmelor, la repetarea altora, sau la omiterea cuvintelor utilizate mai rar, sau a celor ce au o încărcătură afectivă negativă.

Așadar, în toate tulburările asemănătoare bâlbâielii se remarcă, ca factor comun, dificultatea de a vorbi în mod fluent și de a realiza o comunicare verbală normală, care să atingă în întregime valențele ei complexe.

Disfemia reprezintă o diminuare a capacității verbale cu caracter permanent sau episodic (în funcție de gravitatea acesteia) în care sunt afectate fluiditatea, cursivitatea și articularea cuvintelor, fără ca subiectul să fie întotdeauna conștient de aceste dificultăți și să poată face un efort voluntar pe măsura necesității asigurării vorbirii corecte. Ținând seama de simptomatologia specifică, disfemia poate fi clasificată astfel:

1. disfemie deschisă, denumită și tonică, spasmodică, tetanică, guturo-tetanică în care raportarea tulburărilor verbale se face, preponderent, la disfuncționalitățile aparatului verbo-motor;

2. disfemia închisă, denumită şi clonică sau labio-coreică ce afectează mai cu seamă emiterea sunetelor şi a cuvintelor, fenomene puse tot pe seama unor dificultăţi de la nivelul aparatului verbo-motor;

3. disfemia clono-tonică, numită şi disfemie mixtă, este mai gravă şi cuprinde manifestările primelor două forme;

4. disfemia criptogenetică, cu încă două denumiri de disfemie ocultă sau disfemie evolutivă, când subiectul este conştient de dificultăţile sale şi reuşeşte, parţial, să-şi mascheze o parte din dificultăţile ce le are;

5. disfemia fanerogenică, în care se regăsesc reprezentate cele mai deosebite simptome cu o frevenţă constantă în toate formele de bâlbâială.

2.2.Definiţie şi explicaţie în bâlbâială

„Bâlbâiala face parte din tulburările de ritm şi fluenţă ale vorbirii, iar prin complexitatea şi varietatea simptomelor ea ocupă locul central. Astfel, bâlbâiala este o tulburare a ritmului şi fluenţei vorbirii însoţite de blocaje şi spasme, de opriri şi fragmentări în timpul rostirii silabelor, cuvintelor şi propoziţiilor, de repetiţii şi prelungiri ale acestora, ce duc la afectarea producţiei verbale în condiţiile unei ideaţii posibile normale." (E. Verza, 2009, pag. 88). În acelaşi timp, disfuncţionalităţi în coordonarea motorie a vorbirii, un echilibru instabil între excitaţie şi inhibiţie, o instabilitate motorie şi psihică, unele dificultăţi de sincronizare între expir şi inspir, o gestică şi mimică asincronă conţinutului vorbirii, o intensificare a reacţiilor neurovegetative, stângăcie în mânuirea elementelor prozodice cu intensitate inconstantă în emiterea cuvintelor şi a propoziţiilor, inflexiuni vocale şi intonaţii neadecvate etc.

Ca tulburare complexă de limbaj, bâlbâiala poate apărea la orice vârstă, dar cu o incidenţă mai mare la vârstele mici ale copilăriei şi cu o dezvoltare mai gravă în adolescenţă şi tinereţe. Creşterea incidenţei bâlbâielii în copilăria mică poate fi legată şi de fragilitatea sistemului nervos şi lipsa de maturitate a aparatului periferic al vorbirii, iar în adolescenţă şi în tinereţe subiectul este mai preocupat de imaginea sa şi mai sensibil la eşecuri şi la atitudinile negative a celor din jur, favorizând amplificarea anxietăţilor, frustrărilor, tensiunilor psihice astfel încât favorizează disfluenţele verbale (**E. Verza** şi **F. E. Verza**, 2000).

Vârsta preşcolară rămânând cea mai vulnerabilă şi pentru faptul că multe din disfluenţele verbale, pauzele şi repetiţiile de silabe şi cuvinte apar ca urmare a faptului că activitatea ideativă rapidă depăşeşte, uneori, posibilităţile copilului de a le transpune într-un limbaj cursiv, repetând unele cuvinte sau le alungeşte. Aici este o formă de ***bâlbâială fiziologică***, pe care o numim aşa deoarece ea nu are un conţinut patologic, desfăşurându-se în limitele normalităţii şi dispărând cu timpul, odată cu maturizarea nervoasă şi psihică. Dar ea se poate transforma într-o ***bâlbâială tipic logopedică*** dacă persistă mai mult timp şi dacă deprinderile negative de vorbire se consolidează sau se cronicizează. Mai târziu, când subiectul îşi dă seama de dificultăţile verbale ce le are iar prezenţa conştientizării amplifică tensiunea psihică şi teama în faţa eşecului, logofobia faţă de vorbire, transformând bâlbâiala în ***logonevroză***. ***Logonevroza este, aşadar, o bâlbâială conştientizată ce evoluează pe un fond nevrotic cu aceeaşi simptomatologie dar mai gravă şi de o complexitate maximă.***

Ca urmare a conştientizării dificultăţilor de vorbire, mai ales la puberi şi adolescenţi, adeseori se adoptă strategii pentru a ocoli cuvintele critice (la care ştiu că întâmpină dificultăţi) şi pentru a câştiga timp în vederea depăşirii spasmului. Astfel, unii dintre ei, în timpul dialogului sau a unui discurs verbal fac pauze mai lungi după terminarea unei fraze şi înaintea începerii celeilalte, ori înainte de a răspunde la o întrebare. Este un fel de şiretenie sau viclenie pentru a compensa dificultatea. De altfel, se ştie că persoanele bâlbâite prezintă dificultăţi în emiterea unor sunete cu care începe cuvântul şi la care apare repetiţia. Aşa sunt sunetele explosive, labialele şi bilabialele, ca şi cuvintele scurte sau de legătură (ca, şi, la etc.) la care repetiţia este frecventă.

La persoanele cu deficienţe de intelect, fenomenul de logonevroză este mult mai rar întâlnit şi de fapt numai în disabilităţile mintale uşoare. Aceasta pentru că persoanele respective nu sunt atât de preocupate de propria lor vorbire şi nici nu pot conştientiza dificultăţile ce le au, fapt care îi face să nu trăiască cu dramatism desele lor eşecuri în comunicarea verbală. La aceştia, nici bâlbâiala nu se prezintă cu o simptomatologie atât de variată şi de complexă ca în cazul normalului, impactul asupra personalităţii este redus şi bâlbâiala se manifestă, în principal, sub forma repetiţiilor şi a unei exprimări laconice, incompletă şi incoerentă.

Ca frecvenţă, bâlbâiala este estimată pentru copii între 1-2%, iar pentru adulţi la 1% cu menţiunea că sunt şi diferenţe legate de sex. Din acest punct de vedere, s-a constatat că, la băieţi frecvenţa bâlbâielii este mai mare faţă de fete, proporţia fiind de 3/1.

Interesul specialiştilor pentru explicarea bâlbâielii ca şi a tulburărilor asemănătoare acesteia se bazează, în principal, pe etiologie, pe factorii care o favorizează deşi se recunoaşte că aceştia au un grad ridicat de dificultate atunci când trebuie să fie depistaţi şi raportaţi la fragilitate, mai mică sau mai mare a subiectului.

În acest context s-a ajuns la concluzia că cele mai importante condiţii implicate în producerea bâlbâielii se referă la:

- **Condiţiile ereditare** nu provoacă în mod nemijlocit bâlbâiala, dar pot crea un mediu predispozant care favorizează producerea bâlbâielii încă din copilăria mică. Astfel, bâlbâiala se poate instala în urma unor disfuncţionalităţi fiziologice sau biochimice de la nivelul sistemului nervos care devine cu timpul tot mai fragil, ca urmare a acestora.

Şi în rândul gemenilor univitelini şi bivitelini s-a constatat o prevalenţă mai mare a bâlbâielii produsă prin transmiterea predispoziţiilor ereditare (**Seeman**, 1962, **Kant** şi **Ahuja**, 1970).

- **Condiţiile neuro-endocrine** se constituie într-un alt factor ce poate fi implicat în producerea bâlbâielii. Aşa sunt cazurile de apariţie a bâlbâielii disartrice sau a bâlbâielii consecutive unei afazii motorii. S-a constatat apariţia unor disfluenţe verbale în regiunile zonei frontale ale scoarţei cerebrale (**Einsenson**, 1958) sau existenţa unor forme de bâlbâială ce se produc ca urmare a microleziunilor cerebrale cercetate prin metode de electrofiziologie (**Schilling**, 1959), dar alţi autori exprimă rezerve cu privire la rigoarea datelor legate de modificările specifice obţinute pe baza electroencefalografiei (**Lucksinger** şi **Arnold**, 1959, **Froeschels**, 1961).

Şi în cazul modificărilor hormonale de tipul afecţiunilor paratiroidiene şi tiroidiene influenţează negativ activitatea sistemului nervos şi muscular, desfăşurarea

ritmică şi menţinerea constantă a volumului respirator. Oricum, toate aceste mecanisme sunt implicate în producerea vorbirii şi disfuncţionalităţile de la acest nivel se repercutează asupra desfăşurării normale a actelor verbale. De aici şi asocierea perturbărilor hormonale cu existenţa unor simptome caracteristice bâlbâielii. Cercetările întreprinse de Parhon şi ulterior de colaboratorii săi au relevat că în cazul guşii endemice, apărută ca urmare a carenţei de iod, se produc în vorbirea subiecţilor manifestări tipice bâlbâielii.

• **Dominanţa cerebrală** a provocat cele mai multe controverse, lăsând şi la ora actuală multe din problemele ei deschise. Unii autori precizează că la stângaci, şi chiar la cei cu ambidextrie, posibilitatea de a se instala o formă sau alta de bâlbâială este mai crescută decât în alte situaţii. Aceştia aduc ca argument faptul că stângacii au emisfera dreaptă dominantă şi prin aceea că li se impune frecvent folosirea mâinii drepte, comutarea dominaţiei asupra emisferei stângi presupune apariţia unor dificultăţi de adaptare şi de contrariere a impulsurilor motoare ce provin din cele două emisfere. Acest fenomen poate deregla vorbirea ca şi alte acte, cum este scrisul sau acţiunile manuale, coordonate de emisfera dominantă ce tinde să-şi diminueze importanţa prin comutarea preferinţei manuale şi corporale în general. Funcţiile puternic localizate, cum este şi limbajul, sunt cele mai afectate în astfel de situaţii.

Alături de alţi autori şi noi (**E. Verza, 1970**) am găsit corelaţii semnificative între lateralizarea emisferică (dominanţa emisferică), preferinţa manuală şi evoluţia limbajului în general, dar şi o incidenţă mai mare a bâlbâielii şi dislexo-disgrafiei la subiecţii stângaci obligaţi să-şi schimbe dominanţa manuală şi emisferică.

• **Întârzierea în dezvoltarea psihofizică generală** marchează, şi ea, o sensibilitate şi fragilitate în toate palierele psihice şi fizice. Se ştie că pentru evoluţia normală a limbajului interesează în mod deosebit unele din aceste sisteme. Astfel, întârzierile mai mult sau mai puţin accentuate ale sistemelor funcţionale neuromotorii pot determina dificultăţi în dezvoltarea normală a vorbirii din copilăria mică când pronunţia se realizează cu greutate din cauza deselor deformări de sunete şi silabe, omisiuni, inversiuni şi repetiţii, întreruperi şi blocaje cu instalarea treptată a unor spasme şi a unei lipse de echilibru între expir şi inspir.

În cadrul întârzierilor de dezvoltare care duc la disfuncţionalităţi psihice se înscriu şi aspectele de mielinizare încetinită a fibrelor nervoase implicate în coordonarea mişcărilor musculare de la nivelul aparatului fono-articulator ce pot provoca tulburări de vorbire, chiar şi o bâlbâială.

Dezvoltarea incompletă sau existenţa unor disfuncţionalităţi la nivelul evoluţiei activităţii psihice poate constitui un alt factor cauzal incriminat în toate tulburările de limbaj, inclusiv în bâlbâială. În literatura de specialitate au fost invocate adeseori aspecte ce privesc retardarea diferitelor funcţii şi procese psihice care nu asigură însuşirea normală a vorbirii din copilăria timpurie şi astfel facilitează producerea distorsiunilor verbale. Spre exemplu, o slabă achiziţie la nivelul gândirii creează dificultăţi de înţelegere a vorbirii şi a capacităţii de elaborare mentală pentru a se concretiza într-o frazare coerentă şi fluentă, o slabă dezvoltare a memoriei şi a atenţiei nu asigură însuşirea şi fixarea rapidă a unităţilor lingvistice şi nici integrarea acestora în noile achiziţii verbale etc. Pe ansamblu, tulburările de vorbire au fost raportate la calitatea intelectului.

În acest context, unii autori au evidenţiat raporturi directe între bâlbâială şi existenţa deficienţei mintale. Mai mult, s-au remarcat diferenţe specifice între bâlbâiala copiilor cu deficit de intelect şi bâlbâiala ce evoluează pe fondul intelectului normal (**Cabanas**, 1954). ***Şi noi am avut în atenţie acest fenomen şi am făcut observaţii îndelungate asupra a două loturi de copii, bâlbâiţi cu deficienţe de intelect şi bâlbâiţi cu intelect normal. Cu această ocazie am constatat că, deşi apar diferenţe între cele două loturi de bâlbâiţi, ele ţin mai cu seamă de simptomatologia propriu-zisă a bâlbâielii. La copiii bâlbâiţi cu deficienţe mintale, manifestările tipice tulburării verbale au la bază fenomenul de perseverare verbală, specific structurilor involuate ale intelectului, şi care persistă în emiterea sunetelor şi cuvintelor din cauza unei ideaţii deficitare şi a slabei reactualizări a unităţilor lingvistice, dar nu denotă, întotdeauna, o bâlbâială propriu-zisă (Verza, 1977).***

- **Retardul în dezvoltarea vorbirii** poate fi asociat cu producerea şi fixarea bâlbâielii ca şi a altor tulburări ale limbajului. Unii autori îşi motivează argumentele pe prevalenţa fenomenului. În context, Weiss (1960) precizează că greutăţile ce se ivesc la bâlbâiţi în formularea ideilor sunt determinate de lipsa de maturitate a funcţiilor limbajului, iar Borel-Maisonny (1972) crede că inabilităţile de exprimare sunt urmare a deficienţelor lingvistice.
- **Condiţiile psihosociale nefavorabile** sunt percepute şi trăite de către indivizi ca pe o dramă, ca pe o situaţie de stres ce duc la menţinerea ridicată a tensiunii psihice şi a stărilor de emotivitate crescute cu o bulversare a comportamentului şi personalităţii. Treptat, se poate instala o stare nevrotică în care domină depresia sau dimpotrivă, o situaţie de agitaţie şi de frământare continuă în care domină excitaţia şi încordarea rigidă care dezorganizează personalitatea şi comunicarea.

Perturbarea stărilor emoţionale la copii se întâlneşte frecvent în cadrul unui climat familial negativ, în care relaţiile dintre părinţi sunt tensionale şi conflictuale sau atunci când climatul afectiv diminuat sau lipsa acestuia provoacă stări tensionale, anxietate şi frustrări la copil, fragilizând activitatea psihică şi nervoasă, astfel încât limbajul se însuşeşte cu dificultate.

O situaţie deseori controversată în literatura de specialitate se referă la rolul imitaţiei şi a bilingvismului în bâlbâială. Unii autori (**Chervin**, 1895, **Froeschels**, 1931, **Vlasova**, 1958, **Calavrezo**, 1967) promovează ideea că atât imitaţia involuntară, cât şi cea voluntară poate duce la adaptarea vorbirii altor persoane bâlbâite sau poate contribui la accentuarea propriilor disfluenţe verbale, în timp ce alţi autori (**Van Riper**, 1947, **Brook**, 1957) îşi exprimă părerea că imitaţia are rolul doar de a grăbi declanşarea bâlbâielii ce se află în stare latentă.

Adoptarea bilingvismului înainte ca una din limbi să fie relativ bine achiziţionată poate dezorganiza capacităţile subiectului de transpunere a ideilor în limbaj (**Pichon** şi **Borel-Maisonny**, 1937) pentru că au loc interferenţe frecvente şi transferuri incomplete în situaţia deprinderilor insuficient elaborate (**Verza**, 1977).

Prin gruparea acestor factori cauzali şi din dorinţa de a-i sintetiza în raport de componenta fundamentală implicată în producerea unor disfuncţionalităţi ce afectează şi limbajul şi, în ansamblu, comunicarea, Georgeta Burlea şi colab. (2003) ajunge la

concluzia că factorii respectivi sunt evidenţiaţi prin trei teorii: ***organiciste, psihogenetice*** şi ***foniatrice.***

2.3. Clasificarea şi simptomatologia bâlbâielii

Clasificarea şi simptomatologia bâlbâielii, evidenţiată în literatura de specialitate, este relevantă şi se caracterizează printr-un grad ridicat de precizie, ca urmare a adoptării unor criterii bine stabilite. În aceste condiţii, la baza clasificărilor bâlbâielii semnificative sunt trei criterii:

- criteriul simptomatologic;
- criteriul etiologic;
- criteriul timpului de debut al bâlbâielii.

Majoritatea autorilor au invocat toate cele trei criterii şi mai rar unul singur. Dar ponderea ocupată de cele trei criterii este diferită în producerea bâlbâielii. În acest context, cea mai veche clasificare a bâlbâielii şi cea mai folosită şi în zilele noastre i se datorează lui H. Gutzmann (1906), care, sesizând prezenţa unor dificultăţi funcţionale la nivelul tonusului muscular al organelor vorbirii, constată că acestea provoacă manifestări particulare în timpul vorbirii, care pot duce la două forme de bâlbâială: clonică şi tonică. Aceste forme mai sunt cunoscute şi sub denumirea de tipologia clasică a bâlbâielii.

Bâlbâiala clonică este determinată de prezenţa unor contracţii musculare de scurtă durată şi a unor clonii ce duc la repetarea de două, trei ori a sunetelor şi chiar a silabelor şi cuvintelor, în formele mai grave, afectând astfel, desfăşurarea cursivă a vorbirii. În **bâlbâiala tonică** apar spasme de lungă durată, care îngreunează emiterea vorbirii, iar când acestea se diminuează, sau chiar dispar, are loc o emitere explozivă, ce afectează, intermitent, calitatea şi intensitatea vocii. Spasmele respective se pot instala predominant la nivel respirator, fonator sau articulator. Când alternează spasmele de scurtă durată cu cele de lungă durată la acelaşi subiect, putem vorbi de **bâlbâiala mixtă,** ce poate fi predominant **clono-tonică** sau **tono-clonică** în funcţie de prezenţa mai accentuată a unei caracteristici sau a alteia. Froeschels (1931) a observat că deşi cele două forme de bâlbâială au o simptomatologie specifică, pe parcursul evoluţiei lor pot apărea modificări predominante pentru o formă sau alta, în funcţie de factorii mai mult sau mai puţin agravanţi pentru subiect.

În acelaşi timp a fost luat în considerare criteriul timpului în care apare şi se manifestă bâlbâiala. Pe acest criteriu, Bluemel (1932) foloseşte pentru bâlbâiala clonică şi pentru bâlbâiala tonică termenii de **bâlbâială primară** şi, respectiv, **bâlbâială secundară.** Bâlbâiala primară este forma care apare prima şi se reduce, după autorul menţionat mai sus, la introducerea unor iteraţii cu repetări şi prelungiri de sunete şi silabe, manifestate în mod spontan, fără ca subiectul să fie afectat de acestea. În schimb, bâlbâiala secundară este mai gravă, atât din punct de vedere psihic, pentru că subiectul trăieşte tensionat fenomenul, fiind conştient de el, cât şi din punct de vedere al efortului depus pentru a depăşi încordarea şi rigiditatea musculară. Cu timpul, trăirile negative din planul psihic îl fragilizează pe subiect, ducând la instalarea unui fond nevrotic, ce accentuează simptomatologia bâlbâielii şi fobia faţă de vorbire. ***Astfel, poate deveni o bâlbâială conştientizată, cu trăiri de mare intensitate, pe un fond nevrotic şi cu prezenţa fobiei faţă de vorbire, o numim, aşa cum am arătat, logonevroză.***

Adoptând strict criteriul anatomo-patologic (criteriul etiologic), se poate descrie şi o altă formă de bâlbâială, şi anume **bâlbâiala neurologică** ce are la bază diferitele procese patologice cerebrale şi în leziunile anatomice consecutive unor maladii grave.

Dacă acceptăm realitatea existenţei bâlbâielii neurologice cu toate dificultăţile de definire şi descriere exactă a elementelor ce o determină, atunci putem preciza că toate celelalte forme (clasice) de bâlbâială pot fi cuprinse în conceptul **bâlbâielii psihologice**. Dar, dincolo de denumirea pe care o adoptăm, componentele psihologice sunt prezente, într-o măsură mai mare sau mai mică, în toate formele de bâlbâială.

O analiză de sinteză a simptomatologiei bâlbâielii, centrată pe disfuncţiile ce au loc în unele compartimente, a fost efectuată de Emilia Boşcaiu (1983). Este interesant de făcut o asemenea analiză pornind de la tipurile (clasice) de bâlbâială pentru a ne putea da mai bine seama de dificultăţile prezente în fiecare compartiment implicat în vorbire.

Astfel, ***bâlbâiala clonică*** implică o simptomatologie cu dificultăţi în următoarele compartimente:

a. Dificultăţi la nivelul fonoarticulator

La acest nivel, **categoria disfluenţelor verbale** sunt cele mai importante şi se produc prin implicarea şi a altor componente, cum sunt cele ce ţin echilibrul dintre inspir şi expir, de capacitatea de coordonare a zonelor centrale nervoase, a mişcărilor şi sincronizării elementelor ce participă în producerea vorbirii, a intensităţii logofobiei care generează reacţii neurovegetative ce pot împiedica realizarea normală a enunţurilor şi a cursivităţii producţiei verbale ş.a. Aceste fenomene au o semnificaţie logopedică sau defectologică şi se deosebesc de unele manifestări relativ similare de tip fiziologic ce apar la copiii antepreşcolari şi preşcolari mici. La copiii mici, fenomenul repetiţiilor este legat şi de o mai bună înţelegere a comunicării, iar numărul acestora este redus la 1–3 repetiţii şi fără modificări majore de tip neurovegetativ, în timp ce la persoanele bâlbâite, frecvenţa repetiţiilor ajunge adeseori la 4–5, devenind mai accentuate (**Egland**, 1963), odată cu prezenţa unor desincronizări a mişcărilor, a apariţiei de grimase, ticuri, a unei gesticulaţii exagerate sau, dimpotrivă, a unei inhibiţii, printr-o rigiditate generală a posturii.

Van Riper (1963) precizează că sunt diferenţe cantitative în producerea disfluenţelor între copiii bâlbâiţi şi cei nebâlbâiţi, dar consideră că natura disfluenţelor este cea care stabileşte mai bine criteriul departajării simptomatologiei bâlbâielii de manifestările similare şi obişnuite, în cazul copiilor mici, la care mecanismele verbale sunt insuficient de dezvoltate, ceea ce face ca aceste caracteristici să dispară odată cu maturizarea generală a diferitelor aparate implicate în producţia verbală. Se poate constata că şi într-un caz şi în altul, au loc ezitări, pauze mai lungi şi introducerea, în vorbire, a unor sunete sau cuvinte scurte, de tip parazitar, care cresc ca frecvenţă şi extindere în funcţie de trei factori:

- dificultatea şi complexitatea conţinutului abordat;
- gradul de oboseală fizică şi psihică a subiectului;
- disconfortul fizic şi psihic al vorbitorului.

Dificultăţile de acest gen sunt accentuate şi de modificările rapide ale suflului respirator, ce sunt extrem de rapide, prin trecerea de la o pronunţie relaxată (cum este cazul vocalelor sau a unor sunete „moi"), la articularea încordată şi cu efort (ca în cazul

consoanelor şi a grupurilor consonantice). Coordonarea motricităţii fine, prin mişcarea limbii, a buzelor etc. şi modificările rapide ale suflului respirator, ca urmare a trecerii de la emiterea unui sunet la altul în cuvânt determină şi repetarea de circa trei ori a sunetului cu care începe cuvântul, fenomen ce nu se manifestă în cazul persoanelor nebâlbâite.

Dificultăţile de coordonare neuro-motorie, prezente şi în timpul emiterii sunetelor, provoacă o altă categorie de disfluenţe, ce se manifestă prin prelungirea unor sunete. De cele mai multe ori, aceste dificultăţi se asociază cu un dezechilibru în adaptarea suflului respirator la tipul de emitere verbală şi, ca atare, au loc iteraţii (când se repetă frecvent primul sunet sau silabă din cuvânt) sau prelungiri ale unor sunete cu un grad ridicat de dificultate în articulare.

Rezultă, aşadar, că disfluenţele verbale conturează întreaga simptomatologie a bâlbâielii şi se produc atât la nivelul cuvintelor, cât şi al propoziţiilor, cu o frecvenţă mai mare la primul cuvânt pronunţat, ca şi la nivelul diftongilor şi triftongilor, ori a unor sunete care necesită mişcări de mare fineţe şi un suflu expirator cu intensitate puternică. (**E. Verza**, 2009). Dacă la copiii mici, cu o dezvoltare normală a limbajului, unele disfluenţe verbale caracteristice vârstei se desfăşoară sub semnul perseverării în emiterea unor sunete şi cuvinte, fără a afecta nemijlocit manifestarea ulterioară a vorbirii, la persoanele bâlbâite, disfluenţele sunt receptate şi trăite anxios, iar teama de a nu greşi amplifică, ulterior, erorile verbale, creând o reacţie circulară, cu efecte negative, pe care subiectul nu o poate controla. Şi în cazul bâlbâiţilor cu deficienţă mintală, disfluenţele verbale se manifestă mai mult sub forma unor perseverări, deoarece conştientizarea lor nu se produce sau este slab realizată, astfel încât subiectul nu trăieşte tensiunea caracteristică şi rămâne relativ indiferent faţă de eventualele dificultăţi, continuându-şi acţiunea verbală ca şi când nimic nu s-ar fi întâmplat care să-l afecteze.

b. Dificultăţi la nivelul respirator

Tendinţa de a vorbi în timpul inspirului, lipsa de ritmicitate dintre expir şi inspir ca şi inversarea tipului de respiraţie caracteristic sexului pot determina disfluenţe verbale cu caracteristici asemănătoare celor din bâlbâială şi ulterior se pot stabiliza şi transforma în disfluenţe ce afectează ritmicitatea şi fluenţa vorbirii, devenind un factor cauzal al unei posibile bâlbâieli.

Ca urmare a unor stări emoţionale de o mare intensitate, a încordărilor şi tensiunilor ce survin în timpul emiterii unor cuvinte critice, antrenează şi componenta inspiratorie în mod exagerat, ceea ce afectează coordonarea respiraţiei cu fonaţia. În astfel de situaţii, pot fi antrenate unele părţi ale corpului în mod exagerat şi impropriu pentru tipul de respiraţie specifică sexului. Spre exemplu, o respiraţie de tip costal superior, prin antrenarea mişcărilor cutiei toracice, ce poate apărea la băieţi, semnifică o schimbare, o inversare a modelului respirator cu cel al sexului feminin duc la dereglarea raporturilor de funcţionalitate normală între componentele respiratorii şi fonatorii, iar efectul în planul vorbirii se manifestă prin dificultăţi de exprimare, de fluenţă şi de ritmicitate. În cazul fetelor, se produce, în timpul emiterii verbale, o antrenare a musculaturii costo-abdominale cu respiraţii scurte şi rapide ce nu dau timpul necesar acumulării rezervei de aer pulmonar pentru o exprimare cursivă, având loc, şi în cazul acesta, o schimbare a tipului respirator caracteristic sexului şi o exacerbare a disfluenţelor din simptomatologia bâlbâielii.

În astfel de situații, se ajunge frecvent la tendința subiectului de a vorbi în timpul inspirației și nu în cel al expirației, cum este normal. Ca atare, efortul respirator este mult mai mare, subiectul devine tot mai precipitat în timpul vorbirii, crește tensiunea psihică, se modifică ritmul cardiac și apar reacții neurovegetative jenante care, toate, contribuie la dezorganizarea fluidității și ritmicității exprimării.

c. Dificultăți la nivelul extralingvistic

Se știe că există o serie de elemente extralingvistice care subliniază rolul aspectelor prozodice, concretizate în intensitatea vorbirii, tempoului, intensității, ritmului, pauzei și accentului ce joacă un rol important în precizarea și completarea mesajului verbal sau, dimpotrivă, pot diminua sau chiar reduce conținutul semantic pe care vorbitorul dorește să-l transmită auditoriului. Elementele prozodice preced limbajul vorbit, îl susțin și îl ajută în formarea și creșterea varietății sale de exprimare.

Atunci când apar distorsiuni la nivelul comunicării verbale, elementele prozodice se perturbă și ele atât prin frecvența producerii lor, cât și prin adecvarea acestora și precizarea conținutului și sensului mesajului verbal pe care îl urmărește vorbitorul. Dar, de cele mai multe ori, dereglajele prozodice sunt un efect nemijlocit al stărilor de încordare și a rigidității neuromotorii localizate, în genere, la nivelul întregului corp și al aparatului verbo-motor, în special, al blocajelor emoționale, al apariției unor reacții neurovegetative jenante (transpirații exagerate, salivație abundentă sau, dimpotrivă, senzație de uscare a gurii, o creștere a stării de agitație, o teamă de a nu greși, ce amplifică anxietatea ș.a.). Dificultățile de la nivelul prozodiei se amplifică dacă subiectul cu bâlbâială are de transmis un mesaj verbal mai deosebit care presupune și folosirea unei structuri verbale complexe, astfel încât și stările emoționale cresc, creând astfel un cerc vicios, în sensul că fiecare element ce apare, îl determină pe celălalt.

Prezența bâlbâielii denotă lipsa de coordonare neuromotorie în producerea vorbirii și apariția unor dereglări sinergice ce imprimă un dezechilibru între mișcările specifice articulării și cele ce sunt implicate în realizarea componentelor prozodice.

d. Dificultăți la nivelul comportamentului și al personalității

Impactul mai mare sau mai redus al tulburării de vorbire asupra comportamentului și al personalității este dependent de o serie de factori subiectivi, raportați la starea fiecărui individ, și obiectivi, raportați la condițiile de mediu în care trăiește subiectul. Dintre acești factori, subiectivi și obiectivi, mai importanți sunt:

- vârsta mintală și cronologică a subiectului;
- nivelul de conștientizare a dificultăților de limbaj;
- atitudinea tolerantă/atitudinea ostilă a celor din jur față de dificultățile subiectului;
- sensibilitatea și fatigabilitatea subiectului față de condițiile de mediu;
- gravitatea dificultății de limbaj.

Vârsta mintală și cronologică prezintă importanță pentru că definește situația de înțelegere a tulburării de limbaj pe care poate să o perceapă ca fiind pasageră și să nu o trăiască ca pe o dramă cu răscoliri devastatoare la nivelul personalității, dar ea generează stări conflictuale și de conștientizare a dificultății pe care o traversează subiectul când capacitatea intelectivă este mai ridicată. În această situație, o bâlbâială se transformă ușor

într-o logonevroză, ceea ce duce la exacerbarea tensiunii şi a dramatismului în care se află subiectul. Trebuie avut în vedere că la aceste aspecte se adaugă şi ceilalţi factori enunţaţi care şi ei pot influenţa într-o măsură mai mare subiectul. Spre exemplu, în deficienţa de intelect sau în vârstele mici ale copilăriei nu se înregistrează o preocupare şi o conştientizare conturată a bâlbâielii şi, ca atare, şi ceilalţi factori nu exercită o presiune prea mare asupra subiectului, astfel încât acesta trece mai uşor peste dificultăţile sale şi nu duc la bulversarea personalităţii şi comportamentului, ele rămânând în limitele specifice structurilor sale psihice de dezvoltare.

Dat fiind faptul că bâlbâiala tinde să se transforme în logonevroză sau că în alte situaţii aceasta apare pe un fond nevrotic, toate caracteristicile ce le generează, o stare nevrotică şi, în primul rând, o exacerbare a emotivităţii ce presupune o irascibilitate, iritabilitate, anxietate, agresivitate etc., influenţează negativ structurile de personalitate şi expresia acestora prin comportamentele general-umane (ludice, cognitive, afective, acţionale), ca şi a celor verbale/de utilizare şi înţelegere a limbajului, de formulare logico-fluentă şi de surprindere a conţinutului semantic al limbajului verbal şi nonverbal. **(E. Verza, 2009)**

În astfel de situaţii, dacă subiectul bâlbâit are parte de un climat emoţional calm, receptat ca un confort afectiv, tensiunea emoţională, încordarea şi rigiditatea nervoasă se reduc, favorizând o desfăşurare a vorbirii cât mai apropiată de normalitate. Aceasta îi asigură încrederea în posibilităţile sale şi are un efect psihoterapeutic, ce asigură o evoluţie normală a comportamentului şi a personalităţii.

Şi ***bâlbâiala tonică*** prezintă o simptomatologie cu dificultăţi la nivelul aceloraşi compartimente. Deşi simptomatologia menţionată mai sus se menţine şi aici, manifestările respective devin mai evidente şi mai extinse, la care se adaugă unele note specifice ale bâlbâielii tonice. Spre exemplu, logofobia (teama de vorbire), în bâlbâiala tonică se constituie ca o componentă obsesivă pe care subiectul doreşte să o depăşească, dar nu poate, ea amplificându-se de fiecare dată când se află în faţa unui auditoriu nou sau mai numeros, ceea ce îl irită, îl agită şi, ca atare, tulburările de fluenţă se accentuează şi mai mult.

Un alt exemplu, îl constituie repetiţiile şi prelungirile de sunete şi cuvinte, caracteristice bâlbâielii clonice generează spasme tonice odată cu prezenţa încordării şi contracţiilor musculare de la nivelul aparatului fonoarticulator ce împiedică declanşarea iniţială a pronunţiei, după care are loc o emitere explozivă şi o precipitare a vorbirii. În primul rând, aceste modificări se produc şi duc la agravarea bâlbâielii, ca urmare a conştientizării subiectului, a dificultăţilor ce le are sau ce pot apărea pe parcursul desfăşurării vorbirii, astfel încât tensiunea nervoasă şi încordarea emoţională cresc proporţional cu gradul logofobiei, ajungând la o supraîncordare, ce blochează declanşarea actului verbal. Teama faţă de vorbire, subliniată de Hvatţev sau dificultăţile ce intervin în folosirea structurilor verbale complexe, la care se referă Van Riper (1963), se adaugă simptomatologiei generale a bâlbâielii tonice şi grăbesc transformarea acesteia în logonevroză. Supraîncordarea nervoasă şi emoţională, ce apare pe acest fond, generează o serie de grimase faciale, ticuri şi o gestică exagerată şi neadecvată vorbirii, fapt ce imprimă o notă de discordanţă între ceea ce vrea să comunice subiectul şi modul de exprimare verbală în care predomină spasmele care accentuează caracterul de scindare a vorbirii. Spasmele se pot produce în oricare componentă a vorbirii şi anume, în articulare,

în fonaţie şi în respiraţie, iar atunci când se manifestă în toate cele trei componente, se dezvoltă o bâlbâială mai gravă, cu implicaţii complexe pentru disconfortul psihic al subiectului.

Prin urmare, simptomatologia bâlbâielii tonice evoluează pe aceleaşi componente, dar cu o fenomenologie mult mai accentuată, diversificată şi mai evidentă agravând bâlbâiala.

Aceste dificultăţi pot fi sintetizate şi ele pe aceleaşi compartimente, respectiv astfel:

a. Dificultăţi la nivelul fonoarticulator

În bâlbâiala tonică, scindarea unităţilor verbale se extinde de la nivelul silabelor din cuvânt, la propoziţii şi unităţi sintagmatice, în aşa fel încât pauzele şi ezitările frecvente devin tot mai supărătoare, creând uneori impresia, pentru auditor, că subiectul logopat nu stăpâneşte prea bine ceea ce vrea să comunice. Odată cu trecerea timpului, simptomele bâlbâielii tonice se dezvoltă progresiv şi se accentuează treptat.

Când bâlbâiala tinde să se conştientizeze şi să se agraveze, intervine o serie de condiţionări în raport de care se manifestă o mare fluctuaţie în conduita verbală a subiectului. Dispoziţia psihică, confortul emoţional-afectiv, anturajul partenerului sau a grupului cu care interrelaţionează, starea de oboseală, nivelul expectaţiilor etc. sunt numai o parte din situaţiile la care subiectul se poate condiţiona, astfel încât unii din aceştia pot avea o vorbire apropiată de normal, în timp ce în alţii prezintă disfluenţe verbale majore

b. Dificultăţi la nivelul respirator

Nu există nicio îndoială că în bâlbâială se produc o serie de modificări în aparatul respirator, atât din punct de vedere al volumului aerului inspirat şi expirat pentru realizarea emiterii şi desfăşurării vorbirii, cât şi a locului unde se desfăşoară aceste fenomene şi a elementelor organo-funcţionale antrenate în activitatea respectivă. Astfel, dezechilibrul dintre inspir şi expir, lipsa menţinerii tipului de respiraţie caracteristic sexului, modificările sau abaterile ce se produc prin exacerbarea nervoasă şi emoţională, stau la baza dezechilibrului caracteristic al simptomatologiei specifice bâlbâielii (disfluenţe verbale, prelungiri, repetiţii de sunete, silabe şi cuvinte, ezitări, blocaje spasme tonice etc.) şi pot determina o disfuncţionalitate respiratorie cu efecte negative pentru fluenţa cursivităţii normale a vorbirii. Unele informaţii cu privire la aceste fenomene se pot obţine prin observaţii directe asupra subiecţilor bâlbâiţi, dar, mai cu seamă, prin mijloacele moderne de înregistrare de tipul pneumografic, spirografic, roentgenoscopic etc., care pun în evidenţă orice abatere sau tulburare respiratorie ce apare în bâlbâială.

Printre alţii, Froeschel (1931) şi Hvaţtev (1959) au observat că tulburările respiratorii, reduse în faza de debut al bâlbâielii, cresc, pe măsură ce aceasta se agravează şi are un impact mai mare asupra planului nervos-emoţional al subiectului. La început dezechilibrul dintre mişcările respiratorii abdominale, raportate la cele toracice, se amplifică odată cu agravarea disfuncţiei verbale şi persistenţa tulburării în timp. Rezultă că bâlbâiala se asociază cu tulburările respiratorii, ce pot avea intensităţi diferite, ajungând să se condiţioneze reciproc şi să se extindă pe măsura agravării uneia din cele două caracteristici. Legry a dorit să sublinieze această relaţie dintre bâlbâială şi tulburările respiratorii, prin introducerea termenului de **balbism.**

c. Dificultăţi la nivelul extralingvistic

Toate aspectele prozodice evidenţiate în bâlbâiala clonică nu numai că se menţin în forma tonică, dar în forma mixtă, clono-tonică şi tono-clonică, se agravează şi devin mult mai variate. Această caracteristică poate fi pusă şi pe seama faptului că în bâlbâiala tonică, starea emoţională exacerbată dezorganizează întregul sistem de coordonare şi sincronizare a mişcărilor aparatului fonoarticulator pe parcursul emisiei verbale. Coordonarea motrică este deosebit de complexă şi perturbarea acesteia afectează nu numai pronunţia, ci şi calităţile de ritmicitate, melodicitate, de intensitate, de adaptare mimico-gestuală la conţinutul vorbirii, de folosire corectă a accentului şi a tonalităţii etc.

Bâlbâiala tonică, afectează toate aspectele prozodice, pe direcţia varietăţii lor şi a producerii aleatorii, prin trecerea din una în alta, fără o regulă sau fără a putea fi prevăzute şi evitate de subiectul bâlbâit, cu toate că aceştia pot fi conştienţi de dificultăţile lor generale, dar nu le pot controla. Încercările sale de a adopta unele soluţii pentru a le ocoli, nu pot compensa fixarea obsesivă a atenţiei şi centrarea pe dificultăţile de prozodie şi exprimare, menită să-l scoată din starea tensională în care se află. Astfel, tensiunea emoţională creşte şi simptomatologia caracteristică bâlbâielii tonice se accentuează, ceea ce contribuie la agravarea tulburărilor prozodice şi când mijloacele extralingvistice nu mai au darul de a susţine şi sublinia mesajul verbal.Winegate (1967) sublinia că atunci când subiectul bâlbâit îşi asumă sarcini complexe în formularea verbală sau când are intenţia de a expune o idee mai deosebită şi mai dezvoltată, dificultăţile de sincronizare prozodică persistă şi chiar se accentuează prin încercarea subiectului de a fi cât mai activ.

d. Dificultăţi la nivelul comportamentului şi al personalităţii

După cum s-a văzut, există pericolul agravării bâlbâialii prin conştientizarea propriilor dificultăţi de vorbire pe care subiectul le are şi care, adeseori, sunt provocate de cei din jur, ce, intenţionat sau neintenţionat, fac observaţii care fixează tulburarea şi provoacă teama logopatului faţă de vorbire şi faţă de eventualele eşecuri ce pot să apară. De aici, dezvoltarea bâlbâielii de la forma clonică la forma tonică sau mixtă, în care componenta logonevrotică ocupă locul principal şi evoluează în paralel cu dificultăţile de stabilizare a comportamentelor şi însuşirilor pozitive de personalitate. Desigur, şi în bâlbâiala clonică, pot apărea unele tulburări de comportament şi personalitate, ca urmare a conştientizării vorbirii deficitare, dar manifestările acesteia nu sunt atât de extinse şi profunde ca în formele grave, de tipul bâlbâielii clonice sau mixte (clono-tonice şi tono-clonice) pentru că persistenţa în timp a situaţiilor ce le-a generat să provoace reacţii obsesive şi frustrante tot mai accentuate. Înaintarea în vârsta cronologică şi mintală nu numai că nu atenuează astfel de manifestări, dimpotrivă, caracteristicile respective sporesc nivelul de concentrare şi al anxietăţii faţă de vorbirea deficitară odată cu apariţia unor reacţii neurovegetative, a creşterii pulsului şi a ritmului cardiac, a senzaţiei de uscare a gurii sau, la alţii, salivaţie exagerată, jenante pentru subiect (**Van Riper**, 1963).

Dificultăţile care apar la nivelul comportamentului şi al personalităţii, mai cu seamă când acestea sunt accentuate, pot determina o bulversare a întregii activităţi psihice cu efecte negative şi pentru planul cognitiv.

3. TULBURĂRILE VOCII

Vocea umană contribuie la realizarea unor sunete complexe, ceea ce înseamnă că ea este alcătuită din mai multe sunete simple. Sunetele produse de voce nu sunt toate la fel, astfel încât un sunet se manifestă mai grav şi acesta constituie sunetul fundamental şi este receptat de ureche ca o senzaţie cu calitatea de înălţime sonoră. Sunetele armonice sunt şi ele constituite tot din sunete simple ca derivate ale sunetului fundamental. Se pot realiza circa 30 de sunete armonice, dar sunt şi persoane care au posibilitatea de a emite un număr şi mai mare de astfel de sunete producând o voce receptată ca fiind „colorată, caldă, timbrată".

Amplitudinea vibraţiilor joacă un rol decisiv în perceperea calităţii sunetelor. Prin măsurarea în decibeli a acestor vibraţii apreciem intensitatea sau forţa sunetului care devine audibil în interiorul pragului minim şi al pragului superior peste care vom avea o senzaţie dureroasă.

Calitatea de înălţime sau de frecvenţă este dată de numărul de vibraţii pe secundă şi se măsoară în Hertzi (Hz). Se poate vorbi de două categorii de vibraţii şi anume: vibraţii rapide, ce dau naştere la sunete înalte sau acute şi vibraţii lente, ce produc sunete grave sau joase. În mod obişnuit (un om cu auz normal), se percep sunetele cuprinse între 16 Hz şi 18.000 Hz. Sub pragul de 16 Hz se manifestă infrasunetele, iar peste pragul maxim de 18.000 de Hz se produc ultrasunetele. Producerea frecvenţelor până la 1000 de Hz determină o percepere a sunetelor grave şi peste 1000 de Hz sunt percepute sunetele acute, iar când frecvenţa sunetului se dublează urechea percepe în limitele aceleiaşi variaţii a înălţimii şi valoarea creată, ce poartă denumirea de octavă, constatându-se că în zona audibilă sunt 10 octave.

Varietatea armonicilor sunetului determină timbrul vocii, contribuind la diferenţierea vocilor diferitelor persoane. Tulburările vocii pot afecta, parţial sau total, oricare componentă legată de calităţile fonaţiei (intensitate, durată, rezonanţă, volum, amplitudine, tonalitate, timbru etc.). Dimensiunea perturbării acestor calităţi depinde de:

- gravitatea tulburărilor de voce;
- etiologia implicată în producerea şi menţinerea tulburărilor respective;
- starea de sănătate fizică generală a individului şi a organelor fonatorii;
- starea de sănătate psihică şi a modului cum sunt percepute şi trăite în plan intern aceste tulburări;
- vârsta şi profesia subiectului ce determină un nivel de raportare şi atitudine cu implicaţii nemijlocite în evoluţia imaginii de sine şi a personalităţii şi a comportamentului în general.

Când tulburările vocii se asociază cu alte tulburări ale limbajului, ele se amplifică atât ca urmare a impactului negativ asupra personalităţii, cât şi prin distorsionarea generală a comunicării şi relaţionării cu cei din jur. În această situaţie sunt afectate toate laturile şi funcţiile limbajului fapt care determină dificultăţi majore în raportarea subiectului la realitate şi, în final, o scădere a interesului pentru activitate şi pentru viaţa în colectivitate.

3.1. Clasificarea şi simptomatologia tulburărilor de voce

Tulburările vocii se caracterizează printr-un grad de complexitate foarte diferit, începând de la cele mai simple afectări ale calităţilor vocale şi terminând cu manifestările grave care produc disconfort atât la subiectul logopat, cât şi la auditor,

O clasificare a tulburărilor de voce acceptată de cei mai mulţi autori se poate realiza pornind de la etiologia implicată în producerea acestora, iar nivelul mai mic sau mai ridicat de complexitate poate fi judecat prin evidenţierea simptomatologiei şi a gradului de afectare a personalităţii şi comportamentului subiectului.

Nu toate tulburările de voce au un caracter patologic, ele sunt trecătoare atâta timp cât nu intervin şi factori nocivi sau se evită persistenţa lor pe o perioadă lungă de timp căci, astfel, se pot transforma în deprinderi negative de vorbire. În copilăria mică, în perioada preşcolară, se pot produce asemenea modificări ale vocii fie ca urmare a dezvoltării mai deosebite a structurilor şi funcţiilor aparatului fonoarticulator, fie prin suprasolicitarea corzilor vocale şi obosirea acestora datorită fragilităţii lor. La vârsta pubertăţii, atât la fete, cât mai ales la băieţi, modificările vocii sunt spectaculoase şi ele se pot produce nu numai prin restructurarea morfo-funcţională a componentelor fonaţiei, cât şi prin secreţia de hormoni sexuali (androgeni, la băieţi, şi estrogeni, la fete) care influenţează întregul organism. În pubertate se produce şi fenomenul de maturizare generală a organismului, deci şi a aparatului fonoarticulator astfel încât funcţionalitatea acestuia modifică calităţile vocale ale subiectului. Odată cu modificarea caracterelor sexuale, laringele creşte în volum şi se dezvoltă scheletul cartilaginos şi musculatura lui, iar corzile vocale se alungesc cu 6-10 mm, la băieţi şi cu 3-5 mm, la fete în paralel cu accentuarea grosimii lor, toate acestea au efecte nemijlocite asupra vocii. Astfel de modificări se produc în mod brusc, iar organismul are nevoie de o perioadă de timp pentru adaptare şi la impulsurile ce sunt receptate în vederea funcţionalităţii şi sincronizării diferitelor elemente ale fonaţiei, dar situaţiile nu sunt uşor de depăşit şi atunci coordonarea funcţiilor devine greu de realizat, fapt ce are un impact nemijlocit şi în producţia vocală. Mai evident, schimbarea vocii la băieţi coincide cu creşterea organelor sexuale, iar la fete coincide cu apariţia primului ciclu menstrual.

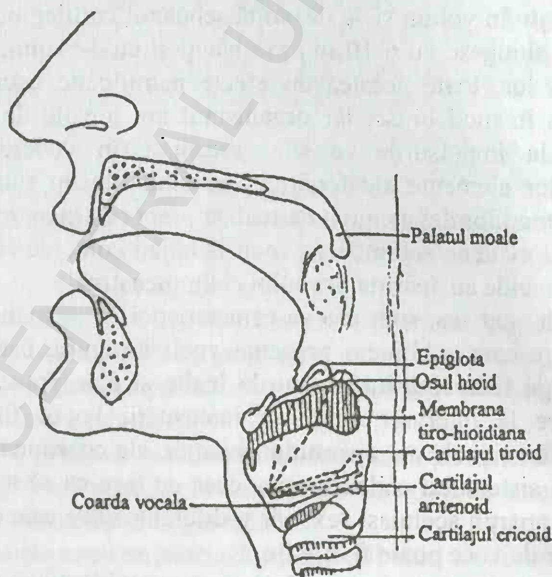
În situaţiile de mai sus, sunt câteva caracteristici ce se manifestă în perioada de mutaţie a vocii, dintre care subliniem prezenţa vocii nesigure, oscilante, cu inflexiuni inconstante, cu variaţie frecventă între tonurile înalte şi cele grave, dând un aspect de asprime şi schimbare la intervale scurte a intensităţii vocii, fiind legate de toate modificările organo-funcţionale ale aparatului fonaţiei, ale coordonării sistemului nervos central, ale influenţei sistemului endocrin etc., ceea ce face ca să apară diferenţe atât la nivelul subiecţilor ce aparţin aceluiaşi sex, cât şi diferenţe între cele două sexe, iar durata în timp a schimbărilor de voce poate fi diferită.

Când mutaţia vocii se produce cu întârziere se evidenţiază vocea de falset şi se păstrează caracterul infantil, deşi laringele şi organele sexuale prezintă semne de dezvoltare relativ normală. De cele mai multe ori la baza acestui fenomen stă o stare psihică de inhibiţie, de hiperemotivitate şi de anxietate cu predominarea stării de teamă faţă de situaţiile de schimbare, inclusiv a celor vocale. Legăturile afective exagerate dintre mamă şi copil favorizează complexele de tip Oedip, astfel încât copilul rămâne ancorat în copilărie apreciind că la adăpostul unei hiper-protecţii poate fi ferit de o serie

de neplăceri. Se pare că acest fenomen este favorizat şi de lipsa unui model masculin în familie pe care copilul îl poate adopta prin imitaţie. Dar situaţia poate fi rezolvată nu atât prin exersarea şi imprimarea calităţilor vocale caracteristice vârstei, cât prin organizarea unui program psihoterapeutic în care să fie inclus subiectul respectiv prin care acesta va fi învăţat să treacă de la vocea de falset la vocea gravă de piept, urmând, apoi, efectuarea unor exerciţii pentru consolidarea acesteia.

Când mutaţia vocii are loc numai parţial vocea se produce cu oscilarea caracteristicilor de tip adult cu cele de tip infantil sau când mutaţia persistă un timp îndelungat, se trece în mod aleatoriu de la vocea de tip falset la vocea de piept, în care simptomatologia vocii aspre şi disfonice iese în evidenţă. În ambele situaţii, atât la sexul masculin, cât şi la sexul feminin, se percepe disconfortul şi jena, dându-i subiectului o stare de nelinişte şi teamă de penibil.

Opus acestor aspecte, legate de vârstele de stabilizare a vocii sau trecerii acesteia la caracteristicile specifice maturităţii, apare o serie de fenomene în vârstele înaintate determinate de o funcţionalitate deficitară a unor elemente ce participă la fonaţie, din diverse cauze cum ar fi o închidere incompletă a glotei sau atrofia corzilor vocale, ceea ce face ca vocea să scadă şi să fie lipsită de rezonanţa aspră şi cu inflexiuni frecvente şi neuniforme. Glota ovalară favorizează o închidere incompletă şi alături de hipertrofierea corzilor vocale sau a reducerii forţei musculare determină o scădere a intensităţii vocii şi inconstanţă în timbrul emiterii cuvintelor şi chiar a sunetelor, fapt perceput de auditor ca o epuizare a fonaţiei vorbitorului.



Poziţia laringelui în regiunea gâtului (după C.I. Bogdan)

Dar şi în perioadele maturităţii se pot produce disfuncţionalităţi la nivelul fonaţiei din diverse motive printre care:atrofia corzilor vocale, glota ovală, afecţiuni ale glandelor,

tulburări hormonale, afecţiuni ale laringelui, despicături de văl, obstrucţie nazală, polipi, tumori, noduli vocali, nevroze, paralizii ş.a.

Pornind de la etiologia atât de variată cât şi de la simptomatologie, în literatura de specialitate se întâlnesc mai multe clasificări ale tulburărilor de voce. Noi am realizat propria clasificare adoptând patru criterii fundamentale (**E. Verza**, 2009) pe care o redăm în continuare:

a. după criteriul localizării structurale şi funcţionale:
   - laringofoniile,
   - rinofoniile,
     - organice,
     - funcţionale,
       - deschise,
       - închise.

b. după criteriul etiologic şi al timpului de apariţie:
   - congenitale,
   - dobândite,
   - traumatice,
   - inflamatorii,
   - funcţionale,
   - hiperkinetice,
   - hipokinetice,
   - vocea eunucilor,
   - vocea pe bază de hipoacuzie,
   - vocea pe bază de hiperhormoni,
   - vocea transsexualilor,
   - vocea bazată pe abuzul acesteia.

c. după criteriul simptomatologic:
   - fonastenia,
   - microfonia,
   - macrofonia,
   - stridenţa vocală,
   - vocea răguşită,
   - vocea gravă,
   - vocea inspirată,
   - vocea nazală,
   - vocea eunucoidală,
   - mutaţia patologică a vocii,
   - disfonia,
   - afonia.

d. după criteriul psihoneurologic:
   - se pot întâlni toate tipurile de tulburări, de la cele simple la cele mai complexe în care etiologia poate fi organo-funcţională sau neprecizată, de ordin psihic,

- disfonie psihogenă,
- disfonie isterică,
- disfonie spastică.

3.2. Analiza tulburărilor de voce

Analiza tulburărilor de voce (după clasificarea noastră) păstrează, pe cât este posibil, principiul evoluției acestora de la simplu la complex, iar descrierea principalelor tulburări permite şi evidenţierea simptomatologiei acestora şi a factorilor care le determină.

Vocea răguşită este percepută ca fiind o voce aspră şi neclară, incompletă şi „spartă" pentru că sonorizarea pierde din intensitate odată cu eliminarea bruscă şi excesivă a jetului de aer în emitere. Şi atunci când corzile vocale vibrează neregulat are loc o schimbare bruscă şi rapidă a frecvenţei sunetului, similară cu cea produsă prin lezarea corzilor vocale. Răguşala poate fi determinată şi de apariţia unui cancer al corzilor vocale cu manifestări de voce slabă, cu diminuarea armonicilor acute, iar polipii corzilor vocale duc la un suflat fâşâit şi voalat şi în fine, când factorii nocivi se combină în acţiunea lor apar caracteristici de disfonie.

Vocea nazală, nazonată apare, preponderent, la deficienţii de auz vorbitori şi nazonarea este cu atât mai accentuată cu cât dificultăţile auditive sunt mai grave. În acest caz, afectarea auditivă nu permite exercitarea unui control eficient asupra calităţilor vocii, a timbrului, a înălţimii, a intensităţii şi a intonaţiei. Astfel, vocea devine neplăcută pentru că este monotonă, aspră, tensionată, guturală şi aritmică ce oscilează între stridenţă şi un suflu slab care nu facilitează uniformitatea inflexiunilor verbale. Se remarcă şi faptul că amplitudinea mişcărilor limbii, a mandibulei şi buzelor este mai mică la persoanele cu deficienţă de auz faţă de normali, dar în unele cazuri au fost constatate chiar exagerări în creşterea amplitudinii la deficienţi ceea ce face ca şi într-un caz şi în altul să se producă dereglări ale limbajului vocal.

La deficienţii de auz este afectată şi înălţimea şi intensitatea sunetului deoarece întinderea acestora este mai limitată comparativ cu normalul, de unde şi apariţia vocii aspre şi în falsetto ce dă un aspect neplăcut. La acestea se mai adaugă şi tensiunea emoţională încât vocea devine tot mai rigidă şi încordată.

Vocea stridentă, aspră poate să apară atât la persoanele hipoacuzice, cât şi la cele normale, când se manifestă ca o „voce de cap", în care sunetele se rostesc într-un registru înalt. Vocea stridentă, poate fi cauzată şi de lipsa de sincronizare a închiderii şi deschiderii corzilor vocale, a abuzului vocal care generează o modificare a laringelui sau o creştere de noduli vocali.

Vocea inspirată, denumită, după unii autori, „voce suflată" prin care se încearcă să se evite accepţiunea numai de voce produsă în timpul inspiratului, ci a unei situaţii complexe în care printr-un exces de aer în timpul fonaţiei acesta se pierde dând naştere la sunete greu de desluşit pentru că zgomotul de la nivelul glotic influenţează negativ sunetele ce iau naştere în componenta corzilor vocale. În stările tensionale şi de stres psihic se înregistrează o tendinţă de creştere a dificultăţilor generate de vocea inspirată sau a vocii suflate.

Microfonia şi macrofonia exprimă o vorbire exagerat de puternică şi, respectiv, o vorbire de intensitate redusă ce pot apărea pe bază de obişnuinţă sau pe baza unui control acustic ineficient. Cele două forme de vorbire se pot asocia şi cu alte fenomene; macrofonia se asociază cu o dezvoltare intensă a componentelor aparatului fonator, cu o scădere a auzului, cu creşterea secreţiei de hormoni sexuali, cu supraevaluarea persoanei şi tendinţa de a se impune în faţa interlocutorului, iar microfonia, cu slăbirea capacităţii de funcţionare a aparatului fonator, cu stările de depresie, anxietate şi timiditate etc.

Fonastenia poate fi determinată de stres psihic, de emotivitate crescută, de teamă sau o spaimă mai deosebită ce se conjugă frecvent cu abuzul vocii. Alteori, fonastenia se produce prin existenţa polipilor şi amigdalitei care determină tensionări mai deosebite prin perceperea jenantă a propriei voci.

Fonastenia apare cu o oarecare frecvenţă la copilul preşcolar tocmai prin solicitarea excesivă a vocii pe fondul fragilităţii corzilor vocale şi a laringelui, dar şi la persoanele de sex feminin care au o tendinţă spre stările istericale. Vocea pierde din intensitate, iar timbrul devine dezagreabil cu inflexiuni verbale neuniforme.

Mutaţia vocii a fost deja abordată în paginile anterioare dar cu menţiunea că mutaţia normală, fiziologică (la copil) se deosebeşte de mutaţia patologică a vocii.

Aceste tulburări pot fi considerate ca forme simple, uşoare, dar prelungite în timp ele pot deveni grave, ajungând până la o pierdere parţială sau chiar totală a vocii.

Disfoniile cuprind întreaga gamă de tulburări vocale şi se obişnuieşte ca ele să fie împărţite în organice şi funcţionale, cu toate că departajarea lor este dificilă atât din punct de vedere simptomatologic, cât şi din punct de vedere etiologic.

Etiologia tulburărilor de voce este deosebit de variată şi complicată. De cele mai multe ori, la producerea unei tulburări concură mai mulţi factori etiologici şi, astfel, contribuie la agravarea ei. La o parte dintre cei mai cunoscuţi şi variaţi factori, adeseori citaţi în literatura de specialitate, ne vom referi şi noi în cele ce urmează descriind, în acelaşi timp, şi unele simptome ce le generează.

Supus unui efort fizic sporit, laringele poate deveni vulnerabil astfel încât să faciliteze formarea de noduli, a laringitelor şi a ulcerului de contact. Aceste caracteristici se pot asocia cu infecţiile de la nivelul căilor aeriene pe fondul unor dereglaje emoţionale complicând şi mai mult tulburarea vocală. Intoxicaţiile cu substanţe chimice, consumul excesiv de alcool, fumatul, pot da reacţii similare ce debutează cu o voce aspră şi răguşită ca, ulterior, să apară pierderi sau diminuări şi a altor calităţi vocale.

Prin prezenţa unor leziuni corticale şi a neuronului motor periferic nu se mai realizează o inervaţie normală a corzilor vocale facilitând instalarea de paralizii şi, ca urmare, producerea tulburărilor de voce, dar şi a disartriei.

Tot mai mulţi autori recunosc că unele tulburări de voce pot apărea pe bază psihogenă sau funcţională cum este cazul unor bolnavi psihici, a surzilor vorbitori, a transsexualilor.

Şi dificultăţile de folosire a musculaturii voluntare a fonaţiei a celor de la nivelul laringelui, faringelui, limbii, gâtului şi aparatului respirator pot fi incriminate în producerea tulburărilor de voce. Acestea se corelează frecvent cu o coordonare ineficientă

a aparatului respirator şi fonator, a ventilaţiei laringiene, a lipsei de control asupra intensităţii şi înălţimii vocale. Ele se pot produce nu numai prin afecţiuni organice şi funcţionale ci şi prin obişnuinţe negative sau prin abuzul de voce care le imprimă o diminuare a activităţii lor specifice, cu efecte calitative în desfăşurarea normală a vorbirii. Toate aceste dificultăţi se accentuează în stările de stres psihic şi de emotivitate excesiv crescută, care îi dezorganizează întreaga activitate nervoasă a individului. Din datele de mai sus, rezultă că ***disfoniile pot fi funcţionale sau organice*** în raport de factorul cauzal, dar şi cu manifestări de un anumit grad de complexitate. Deşi dificil de departajat, cele două forme de disfonii, pot fi definite mai mult prin natura care le generează, dar şi aici pot fi unele rezerve, deoarece factorii organici şi funcţionali se intersectează în mod obişnuit şi se condiţionează reciproc, astfel încât pot complica mai mult sau mai puţin disfonia.

Disfonia debutează cu o voce răguşită sau stridentă, căreia subiectul nu îi poate face faţă în mod voluntar, dimpotrivă, efortul său poate crea o tensiune excesivă în aparatul fonator, dar şi la nivelul psihic. Pentru planul psihic starea de depresie şi de anxietate accentuează caracterul hipofuncţional al disfoniei, dar cu timpul, subiectul poate deveni, în urma efortului ce îl face, nervos şi iritabil, fapt ce va accentua caracteristicile disfoniei hiperfuncţionale. Când apar şi modificări organice, cum ar fi: nodulii corzilor vocale, polipii, inflamaţiile, laringitele, traumatismele etc., disfoniile devin tot mai grave şi se creează un cerc vicios, acestea influenţează negativ starea psihică a individului.

La producerea şi întreţinerea disfoniilor contribuie mai mulţi factori ale căror efecte depind şi de particularităţile organice şi psihice ale individului care marchează un grad mai scăzut sau mai ridicat de rezistenţă şi receptivitate la aceste influenţe. Factori ca stresul profesional, stresul psihic, oboseala fizică şi oboseala intelectuală, modificările legate de ciclul menstrual, de menopauză sau de andropauză, afecţiunile endocrine, abuzul vocal, faringita, amigdalita etc. sunt receptaţi în mod diferit de la o persoană la alta, fapt pentru care şi disfonia nu se manifestă în mod identic la toate persoanele.

Disfuncţiile vocale determinate de ***factori patogeni*** sunt mai frecvente la persoanele care solicită mult vocea prin profesia ce o exercită (cântăreţi vocali, profesori, actori etc.) şi când, dintr-un motiv sau altul, se instalează stări, ca depresia, anxietatea, frustraţia pe un fond al tulburărilor de personalitate producând efecte dezorganizatoare în echilibru controlului funcţionării fonaţiei. În astfel de situaţii, vorbirea devine rigidă, nu mai are forţa necesară, scade treptat până la manifestarea ei în şoaptă şi în situaţii mai dificile se ajunge la afonie, prin dispariţia totală a vocii. Atât disfoniile, cât şi afoniile ce au la bază ***factori psihogeni*** sunt mai frecvente la femei faţă de bărbaţi şi pot debuta brusc sau lent, cu o durată în timp mai lungă sau mai scurtă.

În ***afonia şi disfonia psihogenă,*** cu prezenţa unor dificultăţi de emitere a sunetelor, a unor senzaţii dureroase la eforturile de vocalizare şi a trăirii, în plan psihic, a dramei în care se află sau, dimpotrivă,a unei acceptări a situaţiei pe care o consideră fără ieşire, personalitatea subiectului este afectată profund.

Dacă analizăm din punct de vedere simptomatologic semnele disfoniei psihogene (inclusiv ale disfoniei spastice) comparativ cu cele ale disfoniei funcţionale vom constata existenţa unor caracteristici comune pe lângă cele diferenţiatoare, precum:

- dificultăţi de respiraţie cu trăirea/netrăirea senzaţiei de dificultate ;
- poziţionarea incorectă în timpul vorbirii a gâtului şi a corpului (aplecarea înainte);
- prezenţa unor blocaje la nivel respirator şi fonator;
- creşterea dificultăţilor de voce în stările de oboseală şi de stres;
- tendinţa de nazonare a vocii odată cu scăderea intensităţii;
- prezenţa spasmelor şi blocajelor la nivelul laringelui, a corzilor vocale;
- tendinţa de a vorbi în timpul inspirului şi nu a expirului cum este corect;
- apariţia unui tremur vocal ce variază între vorbirea şoptită şi ţipătoare;
- prezenţa unor spasme şi blocaje la nivel vocal, asemănătoare cu cele din bâlbâială ş.a.

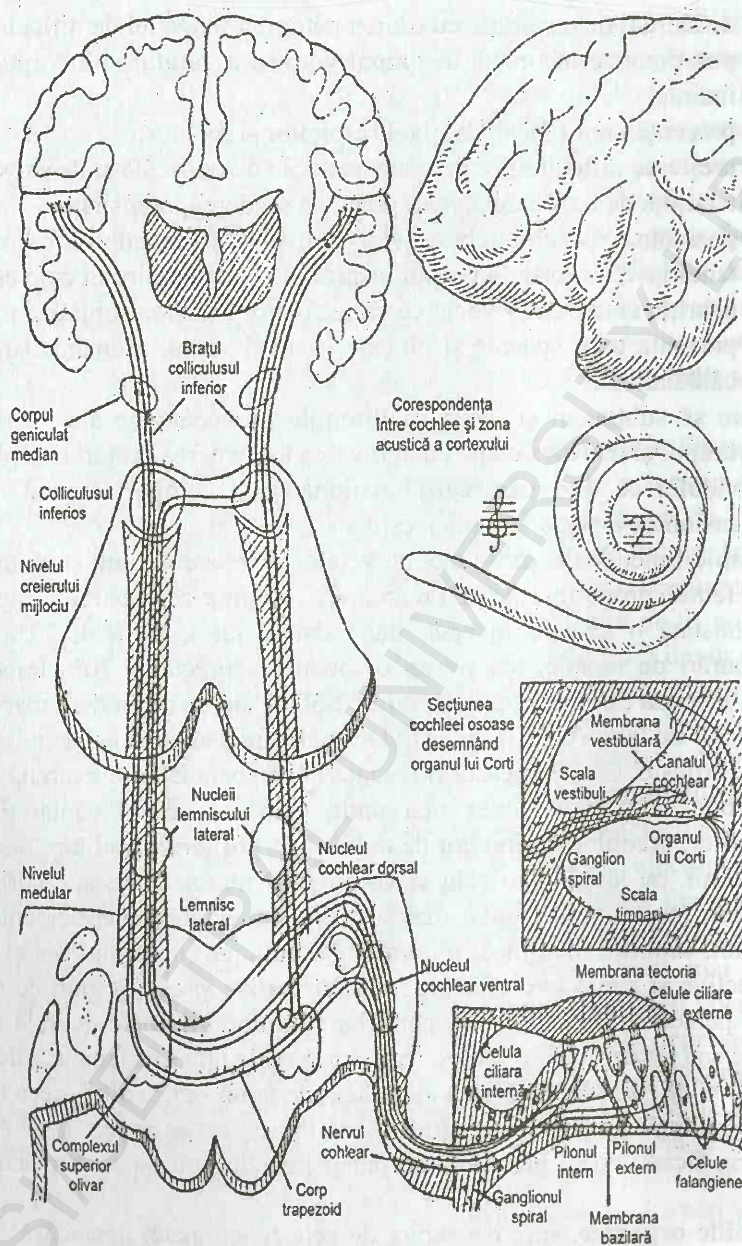
Trebuie să subliniem şi ideea că difoniile provocate de alte cauze decât cele psihogene, cu timpul şi mai ales odată cu agravarea lor generează stări complexe în planul psihic al individului ce dezorganizează relaţionarea şi comportamentul, cu efecte de bulversare şi tensionare a personalităţii acestuia.

Disfoniile funcţionale, din punct de vedere al frecvenţei, nu sunt identice la cele două sexe. La femei, proporţia este mai mare, 60%, în timp ce la bărbaţi este de 40%, dar la copii se constată o situaţie inversă, după datele lui Lungfield, 72% dintre copii prezentau tulburări de fonaţie, 8% aveau o fonaţie incorectă şi 20% fonau corect, iar vârsta cea mai afectată este cea cuprinsă între 22-50 de ani cu o pondere mai mare în jurul vârstei de 33-34 de ani (C.I. Bogdan). Desigur, frecvenţa acestor tulburări trebuie raportată şi la profesie. Creşte această frecvenţă la persoanele care exercită o profesie în care sunt nevoite să solicite vocea mai mult, cum este cazul cântăreţilor, cadrelor didactice, actorilor, preoţilor, crainicilor de radio şi TV, ofiţerilor militari, oratorilor etc.

În disfonii, pe lângă răguşeala şi vocea stridentă cu care, adeseori, se produce debutul tulburării (aşa cum am arătat mai sus) pot fi afectate toate elementele specifice vocii individului, timbrul, înălţimea, intermitenţa, volumul, amplitudinea şi în raport de condiţiile obiective şi subiective efectele lor sunt variate şi cu un grad de complexitate diferit de la o persoană la alta. Astfel, perturbarea timbrului poate duce la manifestarea unei voci aspre sau surde, hârâite sau voalate, însoţite de un efort jenant şi de o respiraţie ineficientă dată şi de posibila inversare a acesteia de la un sex la altul, ceea ce face să se accentueze dificultatea vocală. Intensitatea, înălţimea, ca şi volumul şi amplitudinea variază aleatoriu făcând vocea greu de perceput şi creându-i un aspect neplăcut.

Disfoniile organice, spre deosebire de cele funcţionale, debutează, frecvent, cu stări persistente de strănut, rinoree apoasă, jenă faringiană, iritaţie şi congestie a mucoaselor nazo-faringiene. Astfel de fenomene se accentuează în laringite, sinuzite şi în infecţii amigdaliene pentru că scad capacitatea de efort vocal, diminuează potenţialul vibrator al corzilor vocale, se instalează uscăciunea laringiană etc.

Disfoniile organice mai pot fi determinate şi de o serie de cauze mai complicate, cum ar fi: ***infecţiile tractului respirator inferior, cicatricele corzilor vocale, traumatismele laringiene, dislocarea aritenoidului, leziunile precanceroase.***



Căile nervoase centrale ale audiției (după Netter)

Schema de mai sus ne permite vizualizarea nivelului organic care prin afectare provoacă disfonii organice sau afoniile cu un grad de dificultate maxim.

Referindu-se la evoluția disfoniilor, de la simple la complexe, J. Eeckhaut și Fr. Estienne (1977) le împarte în mai multe categorii:

a. disfonii uşoare, sau de gradul I, în care predomină vocea voalată, lipsită de expresivitate şi de strălucire;
b. disfonii de gradul II, ce se manifestă prin voce nedefinită, cu oscilaţii în emiterea sunetelor şi tonalitate impură, dându-i un caracter dezagreabil;
c. disfonii de gradul III, când vocea se produce predominant în şoaptă, cu tendinţa de stingere totală, astfel încât poate să dispară complet ajungând la afonie.

Desigur, asemenea tulburări pot apărea atât în vocea vorbită, cât şi în cea cântată. Tulburările vocii cântate, ***disodiile*** pot fi determinate de aceleaşi cauze ca şi în cea vorbită, dar adesea ele sunt legate de efortul vocal, de stres, de trac, de anxietate, de conflicte, de tensiuni etc., ceea ce contribuie la instalarea disfoniei sau chiar a afoniei. În aceste condiţii, din punct de vedere simptomatologic, apare o serie de caracteristici specifice, în care vocea percepută de subiect şi vocea receptată de auditor se evaluează pe o bandă cu foarte multe dimensiuni. Spre exemplu, calităţile legate de timbru sunt apreciate după jocul emiterii sunetelor care se încadrează sau nu într-un registru grav mediu, acut (de piept), de cap (falset) şi când trecerea (pasajul) de la un registru la altul se face lent, lin este plăcut, iar când pasajul este brusc devine supărător astfel încât întinderea vocii nu satisface. În acelaşi timp, se apreciază amplificarea unor armonice ale sunetelor şi modul cum aceste armonice alternează între ele, fapt ce depinde de calităţile cavităţii de rezonanţă supraglotică. De aici rezultă şi calităţile estetice ale sunetului ce conţine o intonaţie exactă, strălucire (penetranţă), intensitate şi variate culori ale timbrului cu expresivitate vocală şi dicţie de calitate.

Vocea cântată se clasifică după întinderea vocii, care capătă caracteristici de gravă sau acută şi în felul acesta distingem vocile bărbaţilor (başi, tenori, baritoni) şi vocile femeilor (soprane, mezzosoprane).

Dar aceste considerente nu înseamnă că tulburările vocii cântate fac obiectul analizei noastre, pentru că ele sunt mult mai complexe şi presupun o atenţie aparte şi în al doilea rând pentru că ele nu intră în mod direct sub incidenţa unei tratări logopedice.

Toate tulburările de voce cresc şi ca frecvenţă şi ca gravitate în perioadele extreme de vârstă (în copilărie şi în bătrâneţe). Fragilitatea organismului şi a aparatelor care participă în fonaţie, ca şi fragilitatea psihică (frustraţia, anxietatea, traumele, stresurile etc.) amplifică varietatea simptomelor imprimând un caracter specific se supraadaugă simptomatologiei tulburărilor fundamentale. Spre exemplu, în copilărie, vocea oscilează în intensitate (când tare, când slabă), între timbru aspru şi unul voalat, între vocea dogită şi de falset, între vocea spartă şi cea stinsă, iar în vârstele înaintate se produc oscilaţii vocale pe parcursul desfăşurării vorbirii, scade intensitatea vocii, se accentuează disfluenţa şi disonanţa vocii, se diminuează expresivitatea vocii.

Aceste aspecte au efecte jenante asupra subiecţilor, dar ele nu contribuie la reducerea dificultăţilor de voce ci, dimpotrivă, prin trăirea tensionată în plan psihic, le amplifică şi le complică.

4. TULBURĂRILE CITIT – SCRISULUI

4.1. Definiție și etiologie

Tulburările limbajului scris și ale celui citit, deși evoluția se realizează paralel, în condițiile de dereglare, fiecare din acestea prezintă o serie de caracteristici specifice, dar, frecvent, cu condiționări reciproce deoarece nici în învățarea scris-cititului și nici în tulburarea acestora nu se pot face disocieri, fenomenele respective sunt legate, atât în plan psihologic, cât și în cel neurologic și psihomotric. Totuși, și aici, ca și în alte tulburări ale limbajului, specificul limbii imprimă o anumită pondere a disgrafiei în raport cu dislexia. Astfel, la limba română, limbajul scris are un caracter pronunțat fonetic, ceea ce poate explica, într-o oarecare măsură, frecvența mai mare a tulburărilor scrisului și locul ocupat de diferitele manifestări în raport cu altele. Astfel, la limba română, disgrafia ocupă un loc central față de dislexie, având nu numai o frecvență mai mare, dar și manifestări accentuate. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, disgrafia este însoțită de forme ușoare de dislexie, iar existența tulburărilor de citit constituie, totdeauna, și un indiciu al tulburărilor grafismului. În limba engleză, predomină tulburările cititului, deși Macdonald Critchley (1972) neagă că dislexia ar fi întâlnită, mai ales, în Anglia; situația se datorează, după părerea sa, faptului că dislexicii sunt identificați mai ușor, ca urmare a dificultăților de stăpânire a ortografiei „demodate" a limbii engleze. Același autor consideră un paradox explicarea frecvenței mai reduse a dislexiei prin ortografia mai logică a unor limbi, deoarece aceasta se datorează, mai degrabă, procedeelor de predare a limbii respective, care facilitează o înțelegere și o asimilare mai lesnicioasă.

În fine, trebuie luată în considerație și ideea frecvent vehiculată în literatura de specialitate, prin care tulburările lexice și grafice sunt raportate la o serie de factori structural-funcționali, psihologici, pedagogici și chiar cu caracter socio-economic. De pe aceste poziții, se discută, pe de o parte, încadrarea tulburărilor respective în sistemul psihic uman și în subsistemul personalității, în special, iar pe de altă parte, măsurile profilactice și de integrare socio-profesională a handicapaților. În același timp, se poate sublinia că dificultățile în abordarea problematicii provin nu numai din formația diferită a specialiștilor, dar mai cu seamă din limitele în precizarea etiologiei și manifestărilor atât de variate ale tulburărilor lexico-grafice. Cu toate aceste aprecieri, prea puțin sau chiar sporadic aceste tulburări sunt raportate la particularitățile de personalitate și la dezvoltarea senzorială și mentală a logopaților. În fine, nu sunt cunoscute studii consistente asupra tulburărilor lexico-grafice în sistemul Braille.

În literatura de specialitate circulă o pluralitate de termeni, pentru desemnarea tulburărilor lexico-grafice, care își au originea în etiologia producerii fenomenului și a componentei structural-funcționale afectate, care determină imposibilitatea dezvoltării abilităților de scris-citit. Acești termeni se referă la aceeași sferă de fenomene pe care o cuprindem azi sub denumirea de disgrafie-dislexie, pentru tulburările parțiale, și agrafie-alexie, pentru tulburările totale sau cu o arie complexă ca întindere și profunzime. Dintre aceștia, o circulație mai mare o au termenii de: întârziere în citirea specifică, incapacitate în citirea specifică, legastenie, ambliopia cuvântului, bradilexie, tiflolexie, cecitate scriptică, dislexie congenitală, dislexie evolutivă, tulburări înnăscute ale scris-cititului sau, pur și simplu, disgrafie și dislexie și agrafie și alexie.

Pentru tulburările de scris-citit sunt edificatoare cele două definiţii date în cadrul Federaţiei Mondiale de Neurologie, din 1968, la care au participat specialişti neurologi, psihologi, psihiatri, pedagogi etc: „O tulburare manifestată în învăţarea cititului, în ciuda unei instruiri convenţionale, a unei inteligenţe adecvate şi a unor factori socio-culturali oportuni (corespunzători). Depinde de disabilităţi fundamentale cognitive care frecvent sunt de natură (origine) constituţională" sau „O tulburare la copii, care, în ciuda unei experienţe de clasă convenţionale, nu pot dobândi abilitatea de a citi, de a scrie, de a silabisi corespunzător abilităţii lor intelectuale".

Cele două definiţii exprimă lipsa unor criterii pe care noi le circumscriem în cadrul etiologic, simptomatologic, lingvistic şi psihopedagogic. Din punctul nostru de vedere, am definit tulburările lexico-grafice ca „incapacităţi paradoxale totale în învăţarea şi formarea deprinderilor de citit-scris, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie sau incapacităţi parţiale, denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existenţei unor factori psihopedagogici necorespunzători sau neadecvaţi la structura psihică a subiectului, a insuficienţelor în dezvoltarea psihică şi a personalităţii, a modificărilor morfo-funcţionale, de la nivelul sistemului nervos central, şi a deteriorării unor funcţii din cadrul sistemului psihic uman, a deficienţelor spaţio-temporale şi psihomotricităţii, a unor condiţii cu caracter genetic, a nedezvoltării vorbirii sau a deteriorării ei etc, şi care se manifestă prin apariţia de confuzii frecvente între grafemele şi literele asemănătoare, inversiuni, adăugiri, omisiuni şi substituiri de grafeme şi litere, omisiuni, adăugiri şi substituiri de cuvinte şi chiar sintagme, deformări de litere şi grafeme, plasarea defectuoasă în spaţiul paginii a grafemelor, neînţelegerea completă a celor citite sau scrise, lipsa de coerenţă logică a ideilor în scris şi, în final, neputinţa de a dobândi abilităţile corespunzătoare vârstei, dezvoltării psihice şi instrucţiei" (**E. Verza**, 1983, pp. 58-59).

După această definiţie, se impune, totuşi, o precizare cu privire la definirea tulburărilor grafo-lexice. Aceasta constă în sublinierea faptului că tulburările totale ale grafo-lexiei, agrafia şi alexia, interpretarea biologică-medicală prezintă mai multe garanţii decât în cazul dislexo-disgrafiei şi oferă un câmp mai larg de înţelegere a unor polihandicapuri sau a tulburărilor asociate.

Ca o concluzie, la justificarea definiţiei date de noi prin accentuarea şi a altor factori decât cei biologico-medicali, se impune următoarea remarcă: în formarea şi dezvoltarea abilităţilor de scris-citit nu este suficientă numai perceperea corectă a literelor şi grafemelor, aşa cum nici reprezentarea sau înţelegerea mecanismului de plasare şi ordonare în spaţiul paginii ori succesiunea acestora nu contribuie la realizarea performanţelor grafo-lexice. Mecanismul este mult mai complex, pentru că sunt implicaţi o serie de factori de organizare mintală, structurală şi afectiv-motivaţională ce sunt întreţinuţi de un efort voliţional continuu. Astfel, este evident că analiza şi sinteza direcţionează şi impulsionează anticiparea operaţiilor acţionale ce devin fertile şi impulsionează anticiparea instrucţiei adecvate. Dacă aşa stau lucrurile la copilul normal dezvoltat psihic, la deficientul de intelect şi, parţial, la cel cu intelect de limită, apar numeroase dificultăţi ce ţin de structura sistemului psihic, cu consecinţe asupra duratei, calităţii şi performanţei lexico-grafice.

Aşadar, rezultă că la cei mai mulţi autori nu găsim o definiţie expresă a tulburărilor lexico-grafice, dar apar descrieri relativ complete ale fenomenelor respective

şi pe care le vom comenta în paginile următoare şi la care, sperăm să dăm o imagine cuprinzătoare acestora, pentru dislexo-disgraficii de limbă română, fără să evităm comparaţiile cu subiecţii de alte limbi şi să relevăm ceea ce este comun în tulburările scris-cititului.

Dată fiind complexitatea etiologiei dar, mai ales că de cele mai multe ori, în provocarea tulburărilor scris-cititului, nu acţionează o singură cauză ci mai multe, evidenţierea lor este extrem de dificilă. Trebuie subliniat că mulţi autori de formaţie medicală insistă exagerat de mult pe o etiologie ce are la bază deficienţe ale creierului şi pe care şi noi le afirmăm în alexie şi agrafie, dar numai parţial sau numai în unele cazuri de dislexie şi disgrafie. În acelaşi timp este necesar să ne referim la opiniile unor autori cu renume în domeniu. Astfel, Cl. Launay (1965) este de părere că printre cauzele care pot determina tulburări ale citit-scrisului merită să fie sublinitate, în primul rând, cele ce se referă la insuficienţele funcţionale ale elaborării limbajului, ale îndemânării funcţionale în elaborarea limbajului, ale îndemânării manuale, ale schemei corporale şi ale ritmului, ca şi unii factori pedagogici. Anne Marie Fichot se referea la lipsa omogenităţii în lateralizare, stângăcia, însoţită de o lateralizare încrucişată, tulburări spaţio-temporale, influenţa eredităţii, iar S. Borel-Maisonny arată că 90% din cei care prezintă asemenea tulburări au avut dificultăţi în elaborarea limbajului, manifestate sub forma unei întârzieri în timpul dezvoltării ei. Arnold subliniază că din „tulburările înnăscute pentru citit-scris" rezultă principalii factori care provoacă dislexia şi disgrafia, în timp ce Leapidevski se referă la afecţiunile corticale şi eventualele tulburări ale văzului şi auzului ce influenţează negativ formarea deprinderilor de citit-scris. Deficienţele de la nivelul analizatorilor vizual şi auditiv au fost incriminate, în disgrafie şi de Kussmaul, Morgan, Masson, Galifret-Granjon şi, mai recent, de Tomatis şi Seeman.

Referindu-se la componenta ereditară, Fr. Kainz (1962) arată că înnăscute sunt anumite condiţii specifice vorbirii, printre care subliniază stângăcia şi mai ales pe cele care privesc predispoziţia funcţională pentru motricitatea expresivă acustică şi pentru gesturile sonore de o structură articulată.

În analiza etiologiei dislexiei, pe care o face Critchley (1972, pag. 14 şi următoarele), străbate formaţia sa de neurolog. El arată că este inutil să se discute consideraţiile de natură lingvistică sau educaţională, deoarece ele au un rol secundar şi chiar nesemnificativ în etiologie. În schimb, recunoaşte că existenţa acestor factori nefavorabili accentuează handicapul copilului dislexic, creând, astfel, şi mai multă ambiguitate. Critchley ignoră rolul factorului instructiv-educativ şi care, în condiţiile intelectului normal, devine hotărâtor în dezvoltarea abilităţilor de citit-scris. Factorii educaţionali negativi sau nefavorabili pot provoca tulburări de natură dislexică şi disgrafică, iar practica şcolară oferă exemple suficiente din acest punct de vedere. Dar este de remarcat că factorii educaţionali negativi sau nefavorabili sporesc ponderea tulburărilor de citit-scris, atunci când acţionează asupra unor copii cu un sistem nervos mai fragil şi, în egală măsură, asupra celor care prezintă o anumită fragilitate afectiv-voliţională. Aceeaşi influenţă dăunătoare o au şi asupra subiecţilor cu deficienţe de intelect sau senzoriale, deoarece evitarea tulburărilor de citit-scris presupune folosirea unei metodologii care să faciliteze deformarea deprinderilor respective, în timp ce posibilităţile limitate ale subiecţilor nu permit aplicarea ei în toate detaliile.

Al doilea factor, pe care Critchley (1972, pag. 15) îl invocă, în etiologia dislexiei, este cel al bilingvismului. Acest factor provoacă „o povară în plus cititorilor nesatisfăcători" şi prezintă importanţă în identificarea subiecţilor cu dislexie încă din primele perioade ale manifestării ei.

Pe de altă parte, trebuie subliniat faptul că majoritatea autorilor evidenţiază relaţia strânsă ce se stabileşte între dezvoltarea intelectuală şi tulburările limbajului, în general. Astfel, insuficienţele dezvoltării intelectuale se constituie în factori determinanţi ai tulburărilor de vorbire şi ai formării deprinderilor lexico-grafice

Dificultăţile majore, în formarea abilităţilor de citit-scris, pot fi determinate şi de infantilismul manifestat în evoluţia proceselor psihice şi psihofizice. De obicei, asemenea caracteristici se corelează cu insuficienta dezvoltare generală a copilului, fără să fie vorba, totuşi, de o debilitate mintală. Sunt forme uşoare de retard care duc la comportamente cu circa 1-2 ani întârziere şi care sunt recuperabile în condiţii normale. Copiii respectivi se recunosc şi după dificultăţile pe care le au în înţelegerea şi asimilarea cunoştinţelor predate în clasă, ca şi după interesul scăzut faţă de activitatea şcolară. În general, în orice tip de activitate, aceştia manifestă o fatigabilitate accentuată.

Aşadar, cauzele care generează tulburările scris-cititului au o mare varietate şi ponderi diferite în tulburările dislexiei şi disgrafiei. Este edificator, din această perspectivă, să subliniem că factorii ce aparţin subiectului sau cei ce aparţin mediului, adeseori acţionează împreună la producerea tulburărilor lexico-grafice. De exemplu, sunt incriminaţi acei factori care se referă la deficienţele de ordin senzorial, la gradul dezvoltării intelectuale, la slaba dezvoltare psihomotorie, la starea de sănătate, la reacţiile nevrotice, la condiţiile motivaţionale slab conturate, la instabilitatea emoţională, la deficienţe pe linia activităţii şcolare, care nu creează condiţii pentru o bună însuşire a cunoştinţelor predate, la nedezvoltarea şi tulburările vorbirii, la unele leziuni ale creierului, la existenţa altor handicapuri, ca şi cei ce se referă la slaba integrare în colectiv şi în activitatea şcolară, la nivelul socio-cultural scăzut al familiei şi la slabul interes manifestat faţă de pregătirea copilului, la metodele şi procedeele necorespunzătoare pentru învăţarea citit-scrisului, la modelul necorespunzător urmat, la existenţa unui mediu nestimulativ etc.

4.2 Clasificarea şi simptomatologia dislexo-disgrafiei

După cum rezultă, şi manifestările tulburărilor de scris şi citit se prezintă printr-o diversitate de elemente, iar evoluţia acestora poartă amprenta trăsăturilor definitorii ale subiectului, a condiţiilor de timp, de apariţie şi durată, a vârstei cronologice şi mintale, a etiologiei şi a fondului de sănătate psihofizică a subiectului etc. În manifestarea şi evoluţia disgrafiei-dislexiei există un anumit specific la persoanele cu intelect normal faţă de cele handicapate mintal, senzorial şi psihic, dar şi o multitudine de elemente comune asupra cărora vom insista în continuare.

Asocierea tulburărilor lexico-grafice cu fenomene de deprivare senzorială, intelectuală şi psihică nu se limitează numai la accentuarea gravităţii lor, dar se ajunge la un conglomerat de simptome ce acţionează în sens negativ în toate formele dezvoltării individului.

Pornind de la aceste considerente, ca şi de la acumulările de date din literatura de specialitate, vom descrie principalele forme de dislexie-disgrafie ce prezintă, fiecare, o serie de elemente comune şi specifice logopaţilor de limbă română ca şi logopaţilor care vorbesc alte limbi. Aceste forme se grupează astfel:

1) ***Dislexo-disgrafia specifică sau propriu-zisă***, manifestată printr-o incapacitate paradoxală în formarea abilităţilor de a citi şi a scrie. Dificultăţile cele mai pregnante apar în dictare şi în compunere, dar subiectul poate copia unele grafeme şi poate silabisi la citire. Subiecţii care se încadrează în această categorie nu pot efectua legătura dintre simboluri şi grafeme, dintre sunetele auzite şi literele scrise. Ca atare, ei pot scrie o altă literă decât sunetul auzit sau chiar vizualizat.

2) ***Dislexo-disgrafia de evoluţie,*** ce poate fi numită şi de dezvoltare sau structurală, căreia Critchley îi acorda o importanţă deosebită. Această formă se caracterizează prin aceea că. subiecţii respectivi nu pot realiza progrese însemnate în achiziţia citit-scrisului, cu toate eforturile depuse, şi se poate presupune că, la baza ei poate sta o cauză genetică. Pe lângă fenomenele disortografice, se manifestă dificultăţi în înţelegerea simbolurilor grafice, a literelor, cuvintelor, propoziţiilor şi sintagmelor. Astfel, apar frecvente omisiuni atât ale grafemelor, literelor, cât şi ale cuvintelor, înlocuiri-substituiri, confuzii, inversiuni şi adăugiri în propoziţii diferite etc.

3) ***Dislexo-disgrafia spaţială sau spaţio-temporală,*** la care se referă, printre alţii, H. Hecaen, se manifestă printr-o scriere şi o citire în diagonală, odată cu prezenţa unor fenomene de separare a cuvintelor în silabe şi de scriere ondulată, ceea ce dă un aspect şi mai mare de imprecizie în conduitele grafo-lexice.

4) ***Dislexo-disgrafia pură***, ce poate fi numită şi consecutivă, pentru că se constată, frecvent, în situaţii de asociere cu alte handicapuri. Asemenea forme se întâlnesc pe fondul afaziei, alaliei, hipoacuziei etc.

5) ***Dislexo-disgrafia motrică*** apare ca urmare a tulburărilor de motricitate şi psihomotricitate şi duce, cel mai des, la un scris ilizibil. Citit-scrisul este neglijent, neregulat, inegal, tremurat, tensionat, rigid, prost organizat, neproporţionat, confuz etc., cu prezenţa unor dificultăţi de înţelegere şi de raportare corectă la citit-scris.

6) ***Dislexo-disgrafia lineară***, care, aşa cum îi spune numele, poate fi considerată ca fiind o incapacitate în trecerea de la rândul parcurs la următorul, sărirea peste unele spaţii, lăsându-le libere şi care este mai accentuată în scris faţă de citit.

Pe lângă aceste forme, în literatura de specialitate au mai fost descrise şi alte categorii, luându-se ca punct de plecare componenta senzorială afectată sau sistemul cerebral implicat (**Leapidevski, Hvatţev**), dar ele nu au o rezonanţă prea mare, pentru că, în final, prezintă caracteristicile unei simptomatologii asemănătoare celor de mai sus.

Facem precizarea că existenţa tulburărilor de citit-scris şi, respectiv, le putem diagnostica numai după scurgerea timpului necesar formării deprinderilor ca urmare a unei instruiri adecvate. Acest timp diferă de la o categorie de copii la alta, în raport de o serie de factori, printre care amintim: nivelul de dezvoltare psihică, motivaţia pentru activitate, efortul şi exerciţiile efectuate, metodologia predării citit-scrisului. În condiţii obişnuite de şcolarizare, un diagnostic precis logopedic care să aibă în vedere nu numai factorii etiologici, dar şi pe cei de natură simptomatologică, lingvistică, psihologică şi pedagogică, devine oportun încă din clasa a II-a, iar în unele cazuri de copii mai dotaţi intelectual şi psihomotric, de la sfârşitul clasei I. Chiar dacă la sfârşitul primului an de

şcolarizare observăm, la unii copii, că au fost formate abilităţi ale citit-scrisului, ele au, totuşi, un caracter fragil şi labil. Încă se menţin fenomene negative, ca urmare a nestăpânirii suficiente a citit-scrisului, a posibilităţilor limitate de analiză fonetico-fonematică şi a concentrării atenţiei în transpunerea grafică a sunetului rostit, a necunoaşterii unor reguli gramaticale şi ortoepice etc. Toate acestea fac posibilă apariţia unor fenomene similare cu cele pe care le întâlnim în dislexie-disgrafie, dar ele nu au un caracter constant şi dispar de la sine, odată cu însuşirea cunoştinţelor necesare. Rezultă, aşadar, ca o caracteristică generală a dislexiei-disgrafiei, că manifestarea fenomenelor respective are un caracter constant, de obicei dificultăţile se repetă identic, iar tendinţa de a se agrava în timp devine tot mai evidentă, prin consolidarea deprinderilor greşite şi prin trăirea dramatică pe plan intern a eşecurilor.

Pornind de la ideea că nu există o dislexie, şi mai cu seamă o disortografie standard, deoarece la fiecare individ apare o serie de caracteristici personale, dar care se încadrează în categoriile handicapului general, **J. De Ajuriaguerra** şi colaboratorii (1980, pag. 238) ajung la concluzia că subiecţii studiaţi de ei se împart în cinci grupe distincte, astfel:

Grupa I, a rigizilor; se caracterizează printr-un scris înclinat spre dreapta, în care dominantă este rigiditatea şi încordarea, ceea ce duce la alcătuirea de forme colţuroase, îngustate şi înghesuite, cuvântul fiind dificil de citit.

Grupa a II-a cuprinde subiecţii astenici, lipsiţi de vigoare, din cauza căreia dimensiunea literelor este neregulată, dând impresia că întregul grafism este neglijent, lăbărţat şi realizat cu lentoare şi dificultate.

Grupa a III-a se referă la subiecţii impulsivi, care execută un traseu rapid, precipitat, lipsit de organizare, de fermitate şi fără control, iar pe ansamblul grafismului se manifestă confuzii şi o proastă organizare a paginii.

Grupa a IV-a înglobează subiecţii neîndemânatici, care realizează un grafism distrofic, cu multe retuşuri şi o slabă calitate a traseului, în care impulsivitatea, hipermetria, lipsa de organizare pun în evidenţă dificultăţile lor motorii.

Grupa a V-a cuprinde subiecţii care scriu încet; la aceştia, apare un grafism îngrijit, cu respectarea traseului paginii, dar calitatea este fragilă, frecvente tremurăturile şi curbele cu cocoaşe, denotând neîndemânare şi abilităţi insuficient conturate.

Cu toate acestea, trebuie remarcat că pornind de la cunoaşterea etiologiei, a surprinderii relaţiei dintre motricitate, psihomotricitate şi dezvoltarea deprinderilor de citit-scris, ca şi de la relaţia dintre vorbire şi citit-scris, încă din perioada preşcolară se pot face evaluări ale eventualelor manifestări de tipul disgrafiei-dislexiei şi chiar stabilirea de programe care să permită iniţierea unor activităţi cu caracter logopedic, menite să prevină instalarea tulburărilor respective.

Din punct de vedere simptomatologic, noi am desprins o serie de manifestări de dislexo-disgrafie care au un grad înalt de validitate atât la limba română, cât şi la alte limbi, ce le-am grupat astfel:

- ***citit-scrisul încet, lent, stacato***

Noi am depistat cea mai mare categorie de copii cu tulburări lexico-grafice, ce este constituită de cei care scriu şi citesc extrem de încet în raport cu colegii lor de

aceeaşi vârstă. Astfel de copii întâmpină dificultăţi mai mari la scris, dar manifestă repulsie şi pentru citit. Deşi pare surprinzător, dificultăţile cele mai pregnante nu le au la dictare sau la compunere, unde nu sunt obligaţi să se conformeze unui ritm impus, raportat la timpul de desfăşurare a acţiunii, ci la copierea unui text, chiar dacă timpul nu este limitat. În afara ritmului lent, adoptat în scris şi parţial în citit, se desprind unele caracteristici ce ţin de forma şi mărimea grafemelor.

Frunza

de Emil Gârleanu

Copiere

....

După zilele acestea, lipsite de căldură, soarele răsări într-o dimineaţă înfocat, vărsând parcă flăcări, încălzind totul în câteva clipe. Rana o ţipsu. În după-amiaza zilei acesteia, o păsărică cu pene verzi şi galbene, ca un galben, veni, moleşită de căldură, de se furişă sub dânsa, la umbră, la adăpost. Şi frunza se bucură, acoperi cum putu mai bine păsărica; iar aceasta, aripile întâi înfoiate, din guşă, apoi mai prelung, mai dulce, cum nu auzise frunza cântec.

Scrisul disgrafic al unui copil din clasa a IV-a cu dezvoltare intelectuală superioară

Sunt două faze care devin evidente: în unele situaţii, copilul scrie mărunt, „puchinos", înghesuie grafemele, dând impresia suprapunerii lor şi nu acoperă liniatura paginii (a spaţiului), iar în a doua, grafemele sunt inegale, ca mărime, şi depăşesc spaţiul normal din pagină. Subiectul este conştient de la început de dificultăţile sale şi receptiv la activitatea terapeutică. Interesul pentru lectură se manifestă semnificativ pe la mijlocul clasei a IV-a.

Alte fenomene tipice sunt frapante pentru că unele înlocuiri sau omisiuni, care se manifestă, nu au un caracter stabil, fiind caracteristice vârstei şi dispar odată cu perfecţionarea citit-scrisului. Majoritatea acestor copii sunt bine şi foarte bine dotaţi din punct de vedere intelectual şi au rezultate şcolare bune. Sunt docili şi ascultători, iar vorbirea le este bine dezvoltată. La cei mai mulţi, există o uşoară stângăcie sau lateralitate încrucişată, dar care nu implică obstacole deosebite în învăţarea scrisului cu mâna dreaptă. Din punct de vedere motric, nu a fost posibilă punerea în evidenţă a unor

tulburări, iar la cei care manifestau asemenea dificultăți, odată cu o pronunțată disgrafie și dislexie, se produce o desfășurare a sferei fenomenelor descrise, ceea ce ne-a determinat să încadrăm copiii respectivi în altă categorie, cu implicații mai grave și mai complexe. În schimb, această categorie de copii prezintă unele dificultăți minore în execuția rapidă a mișcărilor. Alte cauze specifice, din categoria celor descrise la capitolul etiologiei, nu au putut fi puse în evidență ca entități distincte.

În literatura de specialitate, viteza redusă a citirii și a scrierii este legată de existența altor manifestări, astfel că ea devine o formă secundară în cadrul fenomenelor dislexo-disgrafice. Dar se recunoaște, de obicei, ca o stare de fapt că ritmul scrierii și citirii, la disgrafici și dislexici, este redus.

- ***Dificultăți în corelarea complexului sonor cu simbolul grafic și în înțelegerea sensului convențional al simbolurilor lexiei***

Aceste dificultăți pot să apară atât la copiii cu o dotare psihică normală, cât, mai cu seamă, la cei cu deficiențe de intelect sau cu tulburări senzoriale, remarcând că, la ultimele două categorii, fenomenele sunt mai accentuate. În principal, asemenea dificultăți sunt cauzate de tulburări de la nivelul percepțiilor acustico-vizuale și în general, de la nivelul proceselor cognitive ce au implicații negative asupra efectuării operațiilor de analiză și sinteză și asupra discriminării simbolurilor verbale. În planul lexiei, dificultățile se manifestă prin neputința copilului de a identifica și citi cuvântul ca întreg, ca o entitate globală, cu o anumită semnificație și sens. Foarte greu se face trecerea de la analiză la sinteză, de la literalizare la silabisire și apoi la sinteza cuvântului. Mai degrabă percepe componente silabice, ca unități de sine stătătoare, iar cuvintele cu o lungime mai mare sunt realizate ca întreg numai după anumite poticniri (vezi figura de mai jos).

Copiere

Prima lecție ..

În acesta an, după serbarea școlară,
când Irina se întoarce acasă,
Vătică stătea în meflecul prispei și
dregea hamurile. Întocmai ca un om
mare. Când o văzu pe sora lui, își
ridică privirile și spuse scurt:
— Hai mai repede premianto! Ia să te
văz mâine la seară, tot premiantă ești
Da păi dar, a plecat tata și ai rămas
tu să comanzi răspuse Irina, strâmbându
și buzele spre fratele ei. Anghelina ieși
în prag se uita la lotu care rămasese
în soare cu coroana în mână și după un
timp o întrebă!

Scrisul unei fetițe din clasa a IV-a, în transcrierea unui text

Subiectul surprinde cu dificultate înțelesul unităților mai mari, al sintagmelor, propozițiilor și frazelor, iar din cauza concentrării asupra unităților disparate, contextul și subcontextul nu mai îndeplinesc rolul de suplinire și întregire a unor informații. De aici, și o serie de greutăți în reproducerea celor citite și raportarea la unele referințe, ce se înscriu într-un cadru mai general.

În plan grafic apar dificultăți în unirea grafemelor pentru a reda cuvântul, iar de cele mai multe ori, legăturile se efectuează prin alungirea exagerată a unor bucle sau linii, ceea ce dă un aspect dezagreabil scrisului. În alte situații, transpunerea în scris a cuvântului auzit suferă o comprimare, datorită faptului că subiectul are dificultăți în realizarea concomitentă a controlului celor scrise și a formelor corespunzătoare. Datorită aceluiași fenomen, comprehensiunea perfectă nu se realizează decât în cazul propozițiilor scurte și care au fost mai des întâlnite sau care îi sunt familiare. Cel mai pregnant și semnificativ fenomen este acela că nu se stabilește o corespondență activă între complexul sonor, care implică, în primul rând, componenta auditivă și simbolul grafic, prin intermediul componentei vizuale.

Ca urmare a acestor dificultăți apar o serie de manifestări tipice precum:
- omisiuni de grafeme și cuvinte;
- adăugiri de grafeme și cuvinte;
- înlocuirea unor grafeme cu altele;
- contopirea unor cuvinte prin alungirea unor linii ce unesc cuvintele respective;
- nerespectarea spațiului paginii, ce se poate manifesta prin redarea inegală a unor grafeme, sărirea unor rânduri, încălecarea altora și prin nepăstrarea direcției de scris, adoptând o poziție ori prea jos, ori prea sus, în partea dreaptă a rândului;

Transcrierea unui text de către un elev de clasa a III-a

- manifestarea scrisului ca în oglindă sau apariția unor fenomene asemănătoare prin „rotirea" (trecerea) unui grafem în locul altuia etc.

- ***Dificultăți în respectarea regulilor gramaticale şi caligrafice***

Această categorie de dificultăți produse cu o anumită constanță şi frecvență, poate fi luată în considerație ca reprezentând erori tipic disgrafice şi dislexice, numai după trecerea unui timp necesar instruirii, în scopul învățării şi formării deprinderilor ortografice şi caligrafice. Vârsta şcolară devine, astfel, un criteriu de bază în aprecierea specificității acestor erori, care vor fi raportate şi la nivelul mintal.

În citire, disortograficul are o vorbire lentă, sacadată, monotonă şi lipsită de intonație. Nerespectarea semnelor ortografice duce la ştergerea pauzelor, ceea ce îi îngreunează înțelegerea celor citite.

Din punct de vedere caligrafic, scrierea disgraficului nu este dreaptă, unele grafeme nu sunt egale, unele sunt prea mari, iar altele prea mici, se suprapun unele rânduri sau dimpotrivă, se lasă spațiu prea mare între ele, se lungesc unele grafeme atât de mult, încât se produce o unire între cuvinte, creând aşa-numitul fenomen de contaminare.

copiire
Alatenția
A sunat dintare copiii merg spre
clasă angruhe lus, rumeg sa obraz,
steriat s-a asezat în bancă ochiu
ii erau întretoți cătră uşă era tare
păte nelistită. parcă îi vineasă
plângă. drotată, intră în clasă
tovarăşa învățătoare cu viarer
din clasa a IIB. era plin de prof
ll bai ne şi pengo a spucă l-a
trântint din copil deănt din
acearo uită-te toț elevi şi
stune cre Dintrei teatovil

Scrisul unui elev din clasa a V-a cu dislexo-disgrafie accentuată

- ***Omisiuni de litere, grafeme şi cuvinte***

Categoria omisiunilor are o paletă extrem de largă şi este prezentă la marea majoritate a dislexicilor şi disgraficilor. Numai ca o excepţie se întâlnesc cazuri cu tulburări ale limbajului citit-scris în care nu apar, în mod frecvent, omisiuni de litere, grafeme, cuvinte şi, mai rar, propoziţii. Această categorie de dificultăţi este mai frecventă la logopaţii care prezintă tulburări de pronunţie şi este proporţională cu gravitarea acestora.

Categoria omisiunilor este frecventă şi când există alte tulburări ale vorbirii orale, mai ales cum sunt cele de ritm şi fluenţă sau cele polimorfe (alalie, afazie). Deosebit de pregnant apar aceste omisiuni în citit-scris, ca urmare a fenomenului de nedezvoltare a limbajului, în general. Cum toate aceste caracteristici se corelează şi cu dezvoltarea intelectuală şi senzorială, în debilitatea mintală şi la surdomuţii în curs de demutizare, există un fenomen complex ce se manifestă în cele mai diverse situaţii.

Scrisul unei eleve din clasa a VIII–a cu intelect liminar

Omisiunile pot să apară şi în lipsa tulburărilor limbajului oral mai cu seamă în deficienţele auzului fonematic pentru a avea imaginea clară a complexităţii fenomenului respectiv. Dar cauzele care pot da naştere la un evantai atât de larg de omisiuni în disgrafie-dislexie nu se reduc numai la acestea. Ele au fost deja analizate în capitolul respectiv şi nu mai revenim asupra lor. Precizăm numai că, de obicei, omisiunile nu sunt determinate de o cauză izolată, deoarece ele se înscriu în fondul general al tulburărilor citit-scrisului.

Omiterea nu se produce la fel în toate cazurile. Depinde de o serie de factori, printre care, cei mai importanţi privesc locul ocupat de o anumită literă sau grafem în raport cu altele, lungimea şi dificultatea cuvântului citit sau scris, dificultatea de emiterea fonemului corespunzător literei sau dificultatea realizării ei grafice etc. Astfel, în grupurile bi- şi triconsonantice, omiterea este mai frecventă atât în scris, cât şi în citit. O

situaţie similară o au şi grafemele care articulează cuvintele în scris şi chiar literele de la sfârşitul cuvintelor, în citit. Frecvent, sunt omise în scris grafemele de la sfârşitul cuvintelor, care dau pluralul acestora. Dar atât în citit, cât şi în scris, omiterea literelor sau a grafemelor nu schimbă decât în rare cazuri sensul cuvintelor; în schimb, creează un aspect dezagreabil vorbirii. Sensul este afectat mai ales atunci când sunt omise cuvintele şi când de fapt are loc şi o simplificare a înţelegerii contextului. În asemenea situaţii, apar, deseori, poticniri în citit, iar în scris nu se mai realizează, concomitent, conştientizarea actului cu controlul grafismului şi, ca atare, subiectul întâmpină greutăţi în înţelegerea şi reproducerea celor scrise.

• ***Adăugiri de litere, grafeme şi cuvinte***

Dacă în citit acest fenomen este singular şi întâmplător, în scris el are o oarecare frecvenţă. În general, adăugirile denotă o lipsă de siguranţă şi unele oscilaţii în precizarea formei corecte. Grafemele adăugate au loc, în special, la sfârşitul cuvintelor, dar deseori sunt repetate şi unele cuvinte de legătură. Grafemele şi cuvintele adăugate în scris apar ca urmare a slabelor posibilităţi în concentrarea atenţiei şi a exacerbării excitaţiei. Sunt prezente şi unele dereglări uşoare ale percepţiei, atenţiei şi ale subordonării actului motric în planul mintal, iar din punct de vedere psihologic ele evidenţiază dereglări ce se înscriu în domeniul psihopatologiei marginale.

Pentru citit, este specifică adăugarea literelor, la începutul cuvântului şi chiar a cuvântului întreg, mai cu seamă când dislexia coexistă sau când se manifestă pe fondul tulburărilor de ritm şi fluenţă a vorbirii. Existenţa unor asemenea tulburări determină o accentuare a adăugirilor şi la disgrafici. Atât pentru lexie, cât şi pentru grafie, există o anumită „preferinţă" în adăugarea literelor şi grafemelor, când acestea se produc pe fondul tulburărilor de ritm şi fluenţă. Aşa cum bâlbâiala şi logonevroza determină, în vorbire, repetarea mai frecventă a unei anumite categorii de sunete, tot aşa are loc transpunerea acestora în citire şi în scriere, sub forma adăugirilor.

• ***Substituiri şi confuzii de litere, grafeme şi cuvinte***

Aceste caracteristici sunt reprezentative pentru tulburările limbajului citit-scris pentru că se pot surprinde unele principii sau reguli după care se desfăşoară substituirile şi confuziile. În primul rând substituirile se produc ca urmare a confuziilor dintre grupurile de foneme, litere şi grafeme asemănătoare, din punct de vedere optic: d-p-b-, u-n, m-n, a-ă, s-ş, t-ţ etc. şi invers. Fenomenul capătă o mai mare stabilitate şi se consolidează pe măsură ce trece timpul, dacă nu sunt luate măsuri recuperatorii. După principiul asemănării, fie din punct de vedere fonematic, fie kinestezic, fie optic, se produc substituiri şi confuzii şi pentru grupurile f-v, b-p, c-g, s-z, d-t etc, ale căror foneme se găsesc, cum arată R. Jakobson şi M. Halle (1956), două câte două, în opoziţie principală surd-sonor. În opoziţie asemănătoare se află şi m-n, s-ş, l-r, ţe-ce şi altele (**E. Verza**, 1970). Caracteristică este atât confuzia, cât şi substituirea lui m cu n şi invers, care se produc din toate cele trei unghiuri de vedere: fonematic, kinestezic şi optic.

Fenomenul este accentuat şi din punct de vedere psihologic de trăirea, la nivelul personalităţii, a disconfortului psihic determinat de eşecurile repetate în planul grafiei şi al lexiei.

• ***Contopiri şi comprimări de cuvinte***

Aceste manifestări sunt mai rar întâlnite decât celelalte, dar au un caracter deosebit de complex în scris pentru că textul devine, de cele mai multe ori, ilizibil. Manifestările sunt active în dictări, comparativ cu compunerile şi copierile. În citit, apare mai degrabă ca simptom al unor tulburări complexe, cum ar fi afazia, disartria etc. Dar în scris există, ca fenomen de sine stătător, şi, desigur, este mai pregnant în tulburările cu etiologie organică, cerebrală. La copiii care prezintă o instabilitate psihomotorie sau tulburări ale motricităţii fine, acest fenomen este, de asemenea, foarte frecvent.

Contopirile de cuvinte se produc, în scris, prin alungirea liniei de la ultimul grafem, încât se uneşte cu primul grafem al cuvântului următor. Spre deosebire de contopiri, comprimările se produc atât în citit, cât şi în scris, mai cu seamă la acei subiecţi la care nu sunt consolidate deprinderile lexo-grafice.

Asemenea fenomene sunt mai frecvente la disgraficii şi dislexicii care au tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii. Dintre acestea, tahilalia şi tumultus sermonis determină o manifestare mai accentuată a contopirilor şi comprimărilor, ca urmare a precipitării subiecţilor în faţa sarcinii şi a desfăşurării acţiunii sub impulsul exacerbării excitaţiei şi a lipsei de control.

• ***Nerespectarea spaţiului paginii, sărirea şi suprapunerea rândurilor***

Fenomenul este frecvent în handicapurile de vedere, la cei cu tulburări oculo-motorii, la stângacii care scriu cu mâna dreaptă sau stângă, în lateralizarea dreaptă şi în ambidextrie. Fenomenele respective pot exista şi în lipsa acestor situaţii, mai cu seamă atunci când se formează deprinderi incorecte de citit-scris sau când apar unele tulburări la nivelul proceselor cognitive. Şi în debilitatea mintală şi în intelectul de limită, urmărirea rândului ce se citeşte sau a liniei drepte de scriere devine foarte dificilă. Interesant este că şi în scris, chiar atunci când spaţiul paginii este liniat, păstrarea direcţiei se face cu oscilaţii de la un rând la altul

În analiza tulburărilor de scris, **J. De Ajuriaguerra** şi colab. (1980, pp. 225-227) iau în considerare trei categorii de itemi: organizarea deficitară a paginii, neîndemânarea şi greşelile de formă şi proporţie. În consecinţă, textul nu capătă unitate, fiind dezordonat, iar spaţiul dintre rânduri nu este regulat, ceea ce determină o nerespectare a orizontalei rândului.

În citire, dislexicul poate parcurge acelaşi rând ori sare unul sau mai multe, fără să-şi dea seama. Aceasta dovedeşte şi faptul că înţelegerea este deficitară şi că nu urmăreşte semnificaţia contextului sau a ideii. Fenomenul îngreunează şi mai mult conceptualizarea şi analizarea celor citite. Manifestarea, în scris, a nerespectării spaţiului paginii, sărirea şi suprapunerea rândurilor denotă tulburări spaţio-temporale relativ accentuate. În aceste condiţii, scrisul devine dezagreabil şi ilizibil.

• ***Scrisul servil şi citit-scrisul ca în oglindă***

Scrisul servil se manifestă prin înclinarea exagerată spre dreapta sau spre stânga, ceea ce duce la deformarea grafemelor şi la o slabă diferenţiere, mai cu seamă a celor asemănătoare din punct de vedere optic. În asemenea situaţii, grafemele sunt executate alungit şi nu au înălţimea necesară pentru a putea fi percepute uşor. Scris-cititul, ca în

oglindă, se realizează printr-o rotire a grafemelor şi a literelor, în aşa fel încât se ajunge la o reflectare inversă a imaginii respective pe creier. Fenomenul este impresionant, dar cazurile nu sunt prea frecvente. Se pare că la baza lui stau unele tulburări oculo-motorii şi temporo-spaţiale. Probabil, că sistemele cerebrale au o astfel de organizare şi funcţionare încât nu primesc imaginea percepută în mod normal, ci distorsionată.

Mai frecvent, se manifestă scrisul ca în oglindă în debilitatea mintală gravă şi la copiii stângaci.

În concluzie subliniem că manifestările evidenţiate mai sus, sunt cele mai caracteristice, chiar dacă ele nu epuizează întreaga complexitate a tulburărilor limbajului citit-scris. ***Există şi alte fenomene, cum sunt cele ale deformărilor de litere, în citit, sau a omisiunilor de propoziţii şi de sintagme în citit-scris, ce se deduc din cele nouă caracteristici principale la care ne-am referit şi care apar ca fiind secundare acestora.*** Pe de altă parte, prin compararea manifestărilor specifice disgrafiei cu cele care apar în dislexie credem că am reuşit să subliniem atât relaţia dintre ele, cât şi gradul de dificultate mai mare sau mai mic în una sau în alta. În general, specialiştii pot aprecia că, mai ales, ţinând seama de particularităţile limbii române, dar şi ale altor limbi, tulburările scrisului comportă mai multe dificultăţi decât cele ale cititului şi se manifestă mai pregnant. Aceasta cu atât mai mult cu cât, şi din punct de vedere psihologic şi fiziologic, scrierea implică participarea unor procese complexe ce depăşesc simpla însuşire a deprinderilor şi care, de fapt, atrag după sine perfecţionarea abilităţilor de citit. ***Din această perspectivă generală, se impune sublinierea că citirea apare ca rezultat al coordonării corticale superioare şi al sintezei din sistemele de vorbire, al recepţiilor auditive, vizuale şi motrice, al recunoaşterii literei şi a sunetului corespunzător, ca o condiţie de bază, în timp ce în scris intervine reproducerea, ca fapt complex de analiză şi de sinteză corticală.*** Hvatţev precizează că la baza procesului citirii se află imaginea cuvântului, ca rezultat al interacţiunii imaginilor optice, acustice şi kinestezice, ceea ce permite ca citirea unui cuvânt să se facă simultan şi nu pe litere. În dislexie, are loc o tulburare a citirii simultane şi succesive – fără să se mai poată face, corect, legătura dintre literă şi sunet. Integritatea auzului fonematic joacă un rol esenţial în citirea corectă. Pentru scris, integritatea auzului fonematic şi a analizei auditive duce la formarea articulării corecte, ceea ce facilitează transpunerea, în planul grafic, a schemelor verbale.

5. TULBURĂRILE POLIMORFE

5.1. Alalia sau audimutitatea

După cum am văzut din clasificarea tulburărilor de limbaj, în categoria tulburărilor polimorfe se înscriu alalia şi afazia care, deşi se manifestă ca entităţi de sine stătătoare ce generează o serie de elemente specifice, definitorii, dar, în acelaşi timp, se află într-o relaţie nemijlocită cu unele trăsături ce le sunt proprii altor deficienţe cum ar fi cele ale retardului verbal, disfaziei, dificultăţi de ordin psihic ş.a. Pentru a înţelege dimensiunea acestor relaţii este nevoie să subliniem că ele decurg din funcţionalitatea limbajului şi comunicării, în condiţii de evoluţie normală sau, dimpotrivă, în prezenţa unor factori perturbatori.

După cum se ştie limbajul, ca instrument al gândirii, îndeplineşte funcţia de cunoaştere, iar ca instrument al vieţii sociale, se realizează prin funcţia de comunicare. Dezvoltarea şi organizarea acestor funcţii se face în relaţia individului cu mediul înconjurător, de a cărui calitate depind progresele ce se realizează nu numai pe acest plan, ci şi pentru evoluţia psihică generală.

Atunci când se produce o tulburare de limbaj, de un tip sau altul, pot apărea stagnări sau chiar involuţii, nu numai la nivelul comunicării, dar şi în planul dezvoltării psihice generale. Alalia constituie un astfel de exemplu.

Alalia, ca tulburare gravă de vorbire, are implicaţii profunde asupra proceselor intelectuale şi, în general, asupra întregii activităţi a subiectului, cât şi asupra conduitei şi relaţiilor sale sociale, cu efecte negative în planul adaptării şi profesionalizării şi se manifestă o incapacitate de comunicare verbală, atât la nivelul exprimării, cât şi la cel al înţelegerii vorbirii.

5.1.1. Conceptualizare şi simptomatologie în alalie

Termenul de „alalie" a fost introdus pentru prima dată în ştiinţă de Lordat, în anul 1843, şi a fost înlocuit prin cel de afazie de către Trousseau (**Piéron**, 1957). Ulterior, s-a făcut o netă delimitare între afazie şi alalie, dar ultimul termen a fost deseori înlocuit prin cei de: alalie prelungită, mutism fiziologic prelungit, afazie congenitală, întârziere înnăscută a vorbirii (Arnold), audimutitate (Berendes), dezvoltarea întârziată pe bază constituţională a vorbirii, mutitatea auzitorilor, mutitatea idiopatică (Seeman) etc., prin care majoritatea autorilor înţeleg acelaşi lucru. Potrivit concepţiei acestor autori, factorul comun este acela că alalia este o deficienţă gravă de vorbire, caracterizată prin absenţa limbajului, ca urmare a unei serii de condiţii nocive, care acţionează asupra zonei centrale a vorbirii, fără a afecta, însă, organele exterioare de recepţie a semnelor verbale.

Pentru a evita confuzia dintre alalie şi alte tulburări subliniem ideea unor autori (**Luchsinger** şi **Arnold**, 1959), potrivit căreia se poate vorbi de alalie numai după împlinirea vârstei de 3 ani, iar după alţii, chiar după 5 ani. Este preferabil ca subiectul care nu vorbeşte până la aceste vârste, să rămână în limitele diagnosticului de întârziere în dezvoltarea vorbirii.

Pentru a fi cât mai riguroşi, simptomatologia alaliei trebuie raportată la formele acesteia. Ele sunt de trei feluri:

a. Alalia motorie, când alalicul înţelege sensul cuvintelor şi îl reţine, dar nu le poate pronunţa independent şi nici imita. El poate executa ordine verbale şi arată, la cerere, obiectele denumite. Nu emite decât sunete nearticulate sau pronunţă foarte puţine cuvinte simple mono şi bisilabice, pe care frecvent le deformează. Forma aceasta se aseamănă, într-o anumită măsură, din punct de vedere clinic, cu afazia motorie a adulţilor, mai frecventă decât celelalte două.

b. Alalia senzorială se caracterizează, dimpotrivă, prin aceea că alalicul nu înţelege sensul cuvintelor, deşi le poate repeta uneori deformate (ecolalic). Aceşti alalici aud bine, dar nu înţeleg şi deci nu execută ordine verbale. Uneori, au dificultăţi şi de percepţie a direcţiei sunetelor. Copiii cu alalie senzorială se comportă, oarecum, ca adulţii cu afazie senzorială.

c. Alalia senzorio-motorie reprezintă combinarea primelor două forme. Copiii cu acest fel de alalie pot pronunța câteva silabe cu sens sau chiar câteva cuvinte izolate, dar sunt incapabili să înțeleagă chiar cele mai simple propoziții.

Pentru diagnosticarea alaliei, trebuie să se țină seama de cele trei forme clasice, precum și de părerea lui Liebmann că mai există o formă de alalie de tranziție care face trecerea de la alalie la dislalia gravă, ca și de părerea lui Seeman și Nadoleczny potrivit căreia din clasificare trebuie exclusă alalia senzorială, deoarece cazurile cu asemenea diagnostic n-au fost suficient confirmate din punct de vedere clinic, iar alteori, pot fi confundate cu agnozia acustică.

Pe de altă parte, dificultățile stabilirii judicioase a diagnosticului alalicului provin și din aceea că manifestările alaliei pot fi confundate ușor cu vorbirea copiilor oligofreni, a surdo-muților, a celor care suferă de mutism electiv și a dizartricilor.

Spre deosebire de aceștia, puținele cuvinte din vocabularul alalicului funcționează legate în mod nemijlocit de obiectul sau fenomenul denumit, cuvântul neputând fi înțeles în afara semnificației sale situative. Pe lângă cele 4-5 cuvinte, în vocabularul copiilor se mai observă și câteva imitații sonore sau sunete și silabe gângurite, unele din ele create ad-hoc și pe care numai ei le înțeleg și, uneori, membrii familiei. Structura vorbirii copiilor alalici de zece-doisprezece ani, care nu beneficiază de un tratament logopedic, este atât de simplificată, încât nu se deosebește prea mult de primele stadii de dezvoltare a limbajului infantil.

Atunci când pot pronunța sunetele și unele silabe, copiii alalici nu reușesc să le unească în cuvânt. La unii copii se întâmpină greutăți mari la pronunțarea sunetelor care necesită o sincronizare deosebită a elementelor aparatului fonator, dar dislalia lor nu poate fi corectată decât după ce și-au însușit în bună parte vorbirea.

Progresul pe care îl realizează copilul alalic în îmbogățirea vocabularului este evident chiar după primele luni de tratare logopedică. Trebuie subliniat că dezvoltarea se produce lent în prima perioadă a activităților logopedice, dar pe măsura însușirii primelor cuvinte, se constată un salt rapid în acumularea de noi cuvinte. Saltul nu se realizează numai pe linia cantității, dar și a calității, după primele acumulări realizate de către alalic, în sensul că el începe să opereze cu noțiuni mai abstracte, compară și generalizează, enunțând judecăți cu o relativă valoare.

Și după însușirea limbajului verbal, mai persistă omisiunile de conjuncții și prepoziții, agramatismul și folosirea stereotipă a unor cuvinte mai bine stăpânite.

În unele cazuri, se mai mențin deformări ale cuvintelor prin omiterea silabelor și a sunetelor finale, de exemplu: bal în loc de balon, pal în loc de palmă; alteori, sunt omise silabele inițiale: șină în loc de mașină. În sfârșit, deformarea cuvintelor este, în unele cazuri, determinată de adaosul unor sunete, ceea ce face ca numărul de silabe și foneme ale cuvintelor să se mărească: degetenele, în loc de degetele, pantul în loc de patul.

Pronunțarea corectă nu se obține la copiii alalici dintr-odată, ci pe baza unor exersări și odată cu însușirea vorbirii narative (povestirea, descrierea) care începe cu întrebările puse copilului ce solicită un răspuns mai complex.

La alalici, aceste fenomene se transpun și în limbajul scris-citit, dar și ele pot fi corectate.

Simptomatologia manifestată în afara funcției limbajului este, de asemenea, bogată și variată. Astfel, alalicii se caracterizează prin lipsă de mobilitate, greutate în

mişcări, dintre care unele sunt inutile şi necoordonate, deşi ei comunică mult cu ajutorul gesturilor.

Chiar gesticulaţia pe care o foloseşte, deseori, copilul alalic nu reuşeşte să redea ideile sale şi se execută cu multă rigiditate. Dar renunţarea la mimico-gesticulaţie se face, ca şi în cazul copilului surdo-mut în curs de demutizare, abia după ce cunoaşte bine denumirea obiectelor.

Descrierea pe care o face alaliei S. Borel-Maisonny vine să întregească tabloul alaliei. Autoarea arată că, cu toată inteligenţa normală, alalicii prezintă tulburări de percepţie, apreciază greşit sursele sonore, precum şi o întârziere şi o neîndemânare motorie.

O altă caracteristică a copiilor alalici este lipsa de atenţie sau atenţia lor deficitară. În general, atenţia copiilor alalici poate fi îndreptată numai puţin timp asupra unei povestiri sau a unui tablou interesant. Neatenţia copilului alalic se manifestă şi prin aceea că el nu „vede" detaliile sau schimbările survenite într-o cameră cu care a fost obişnuit, pe când un copil normal, de aceeaşi vârstă, le observă destul de uşor.

Datorită faptului că vocabularul copilului alalic este sărac şi că acesta nu poate denumi toate obiectele şi fenomenele observate, memoria şi gândirea sa rămân în urma dezvoltării memoriei şi gândirii copilului normal.

Înţelegerea deficitară a vorbirii celor din jur este determinată atât de persistenţa alalicului în înţelegerea concretă a semnificaţiilor cuvintelor, cât şi de neputinţa sa de a deosebi sunetele, precum şi de confuzia acestora în cuvânt. Dar, pe măsura dezvoltării vocabularului, înţelegerea concret-intuitivă a cuvintelor face loc înţelegerii cuvintelor – noţiuni, cu semnificaţie mai abstractă, mai generală.

În încheiere, precizăm că învăţarea vorbirii de către copiii alalici este încununată de succes, dacă logopedul dă dovadă de răbdare şi pricepere în muncă. În această activitate, un rol important îl are începerea cât mai timpurie a educării vorbirii şi gândirii copilului alalic, încă din grădiniţă, unde, pe lângă munca logopedică desfăşurată, educatoarea poate stimula activitatea verbală prin jocuri, povestiri, excursii etc.

Date fiind acestea, unii autori (**Berendes, Hvatţev, Arnold**) recomandă amânarea şcolarizării copiilor alalici cu un an sau doi. Credem că este mai util să se înfiinţeze clase pregătitoare pentru alalici sau clase speciale înainte de intrarea lor în şcoala de masă, decât o amânare a şcolarizării lor. Aceasta cu atât mai mult cu cât este ştiut că evoluţia ulterioară a copiilor alalici depinde de viteza de recuperare a limbajului.

Aşadar, terapia logopedică se bazează pe o intervenţie de tip simptomatologic, prin care se urmăreşte reducerea dificultăţilor de comunicare verbală şi formarea de deprinderi de utilizare a limbajului, consolidate printr-o învăţare continuă a structurilor lingvistice. Demersul nostru a căpătat două tendinţe:

1. de învăţare a limbajului, pe principiul de la simplu la complex, când achiziţiile verbale începeau cu emiterea sunetelor, a silabelor şi, ulterior, a cuvintelor şi propoziţiilor, iar în interiorul acestora, iniţial se învaţă sunete şi silabe uşor de articulat, apoi cuvinte şi propoziţii cu o structură simplă, ce devenea din ce în ce mai complexă, pe măsura progreselor înregistrate de subiect.
2. de învăţare a limbajului, prin adoptarea unei orientări mai generale şi complexe, prin care se învăţau noi cuvinte, bazate pe cele utilizate de subiect, concomitent

cu formarea capacității de frazare, fără a omite corectarea dificultăților de pronunție apărute.

Și în primul caz și în al doilea, nu am exclus acțiunea de consiliere psihoterapeutică a familiei (a mamei, mai ales), pentru a obține un sprijin eficient în continuarea activității de stimulare a achizițiilor verbale indicate de logoped și a creării unor condiții favorabile confortului psihic. Ca urmare, rezultatele eficiente obținute prin adoptarea acestor tipuri de intervenții recuperative ne determină să ne exprimăm rezerve cu privire la alte două orientări terapeutice

Toate aceste aspecte ne îndreptățesc să afirmăm că ***alalicul se naște sau dobândește de timpuriu o incapacitate paradoxală în însușirea sau dezvoltarea achizițiilor comunicării verbale și nonverbale în care dificultățile de elaborare a limbajului și de relaționare cu cei din jur marchează lipsa echipamentului psihic necesar învățării și adaptării cultural-sociale.*** **(E. Verza, 2009).**

5.1.2. Analiză etiologică

Factorii implicați în etiologia alaliei, retardului verbal și disfaziei sunt relativ comuni și nu pot fi suficient departajați, deoarece, gradul de implicare a acestora nu a putut fi încă demonstrată cu precizie pentru fiecare caz în parte, iar pe de altă parte, nu s-a putut dovedi ponderea și efectul pe care îl are fiecare factor în determinarea efectului de severitate a tulburării de limbaj. Cu cât o tulburare este mai gravă, cu atât multicauzalitatea este mai evidentă, pe de altă parte, există o serie de factori cu care, așa cum subliniază Estienne, majoritatea specialiștilor cred că joacă un rol major în producerea tulburărilor de limbaj și pot fi făcuți răspunzători, în proporții diferite, de toate cele trei tulburări. Astfel:

a. **Factorii ereditari și constituționali**, care semnifică existența unei situații genetice fragile sau a unei fragilizări precoce, dobândite de pe urma unor boli infantile sau din antecedentele familiale, în care au fost remarcate dificultăți în achiziția limbajului **(Debray,** 1978) ca și de transmitere a unor tendințe specifice ori „condiționarea copilului într-o atmosferă educativă" **(Aimard,** 1972).Tot aici pot fi încadrați copiii sănătoși, dar cu antecedente în elaborarea limbajului și antecedente patologice ca urmare a unei disfuncții sau atingeri cerebrale, cum sunt prematurii, imaturii, hiperactivii, cei cu traumatisme craniene, cu întârzieri motorii severe etc.

b. **Factorii de mediu lingvistic și socio-culturali** se referă la condițiile favorabile sau nefavorabile, în care are loc formarea și dezvoltarea achizițiilor verbale. Modelul lingvistic se reflectă în evoluția generală a limbajului și în structurile verbale utilizate în comunicare. Se cunosc și se aduc, frecvent, în discuție diferențele din planul lingvistic dintre copii crescuți într-un mediu familial favorabil și cei proveniți dintr-un mediu defavorabil, ostil, nestimulativ.

c. **Factorii inaptitudinii lingvistice** evocați în mod direct de către **Launay** și **Borel-Maisonny** (1972) și se referă la prezența unei inaptitudini congenitale în care se înscrie și lipsa de talent în învățarea și elaborarea structurilor lingvistice.

- **Factorii afectivi și adaptativi.** Deși acești factori sunt frecvent evocați în etiologie, ei sunt și mai greu de precizat sub raportul ponderii și al efectelor ce le au în fiecare tulburare de limbaj. Argumentele care sunt vehiculate se bazează

mai mult pe un aspect general, şi anume al dependenţei exagerate a copilului de adult şi, mai ales de mamă, ceea ce nu-i va permite adoptarea unui grad de autonomie în însuşirea limbajului ci, dimpotrivă, o rămânere la nivelul preverbal de comunicare , iar atunci când relaţiile dintre copil şi adult sunt reci şi respingătoare, determină un deficit afectiv ce nu facilitează o bună organizare mentală în elaborarea limbajului.

Mai consistent, factorii etiologici pentru alalie au fost analizaţi de Arnold (1959), Hvaţtev (1961) şi Berendes (1962), iar noi, 1969, i-am grupat astfel;
Verza (1969) – cauze:

- *generale*:
  - alcoolismul părinţilor din perioada de concepere;
  - rudenia de sânge a părinţilor;
  - sifilisul şi tuberculoza părinţilor;
  - rahitismul.
- *psihice*:
  - lipsa imboldului în vorbire;
  - teama şi timiditatea bolnăvicioasă;
  - tonus psihic scăzut;
  - nedezvoltarea memoriei mişcărilor.
- *motorii*:
  - întârzierea dezvoltării motorii;
  - repulsia pentru mişcări;
  - deficienţe de localizare spaţio-temporale şi a schemei corporale.

Această etiologie prezentată de noi are la bază analiza factorilor nocivi ce au putut fi puşi în evidenţă la lotul de subiecţi care au făcut obiectul intervenţiilor terapeutice pe o perioadă relativ lungă de timp.

5.2. Afazia

Afazia este o afecţiune neuropsihică ce provoacă tulburări grave ale limbajului, în toate palierele sale: al înţelegerii, al exprimării, al recepţiei, al formulării şi elaborării ideilor, fiind asociate şi tulburări ale intelectului, cu cele gnozice şi alte dereglări ale diferitelor procese şi funcţii psihice ca şi dereglări la nivelul personalităţii şi comportamentului. Pe de altă parte, subliniem că majoritatea formelor afazice au la bază trei mari cauze:

- atacul cerebral cunoscut şi sub denumirea de accident ischemic vascular;
- leziunile ce apar la nivelul scoarţei sau a emisferelor cerebrale;
- tumorile cerebrale.

În literatura de specialitate se estimează că din totalul afaziilor, 60% se produc în urma unui atac cerebral, iar celelalte două cauze dau fiecare câte 20% din numărul afaziilor (**E. Verza**, 2009).

5.2.1. *Clasificare şi simptomatologie în afazie*

Sunt cunoscute numeroase clasificări ale afaziei rezultate din faptul că autori mai importanţi se referă la o serie de forme, mai mult sau mai puţin personale, în timp ce alţii recurg la sistematizarea unor forme elaborate de alţi specialişti. Nu vom prezenta toate aceste clasificări, ci numai pe cele mai des folosite în practica clinică şi cele mai acceptate. În paralel, vom sublinia aspectele simptomatologice mai importante care fac posibilă definirea şi recunoaşterea unei forme sau a alteia.

Marea majoritate a acestor clasificări ale afaziei au fost realizate după două criterii esenţiale, cel etiologic şi cel simptomatologic. Dar sunt şi clasificări care au la bază un singur criteriu, de obicei cel etiologic. Dificultăţile care intervin în realizarea clasificărilor afaziei sunt numeroase dintre care enumerăm:

1. determinarea exactă a cauzei afaziei nu se poate realiza în toate cazurile, unele dintre ele rămânând doar la stadiul ipotetic;
2. unele forme de afazie sunt produse prin afectarea mai multor componente anatomo-fiziologice şi devine greu de stabilit care dintre acestea este dominant;
3. întinderea şi profunzimea leziunii din afazie nu pot fi decât relativ aproximate;
4. capacitatea de rezistenţă sau de fragilitate la factorii nocivi diferă şi ea de la o persoană la alta;
5. din punct de vedere al simptomatologiei afaziei, avem de-a face cu o varietate de manifestări, atât la nivelul limbajului, cât şi la nivelul întregii activităţi psihice care depind de o serie de condiţii, cum ar fi:
   a. vârsta cronologică a subiectului influenţează nemijlocit rezistenţa sau fragilitatea;
   b. nivelul de cultură şi al capacităţilor verbale ale persoanelor înainte de îmbolnăvire;
   c. există o mare varietate a tulburărilor psihice (inclusiv de limbaj şi de personalitate);
   d. în general, simptomatologia afaziei, atât cea psihică, cât şi cea somatică, are un caracter tranzitoriu sau de stabilitate, în funcţie de evoluţia afaziei;
   e. la debutul afaziei, fenomenologia psihică este extinsă, iar cu timpul, ea se restrânge, rămânând dominante caracteristicile definitorii;
   f. nivelul de instrucţie şi de educaţie anterior îmbolnăvirii subiectului are şi el un rol important pentru toate manifestările psihice pe care le înregistrează afazicul;
   g. evaluarea simptomatologiei „pure” afaziei în raport cu cea complementară (sau colaterală afaziei) se realizează cu dificultate, din lipsa unor mijloace precise de evaluare;
   h. în fine, sunt întâlnite, adeseori, aspecte simptomatologice comune în forme diferite de afazie, iar departajarea lor prin marcarea specificului fiecăruia comportă un grad mare de dificultate etc.

Una dintre primele clasificări ale afaziei, care merită să fie reţinută pentru nivelul cunoştinţelor existente până la data respectivă şi pentru precizia ei, este cea făcută de Kussmaul (1877). El împarte afazia senzorială de tip Wernicke în două categorii; una este ***surditatea verbală***, în care fundamentale sunt tulburările de înţelegere auditivă, iar cealaltă, ***cecitatea verbală***, unde, de bază, sunt tulburările de înţelegere a scrisului. Ceva mai târziu, Déjerine (1901) face distincţia între formele afazice propriu-zise şi unele

sindroame care le pot însoţi pe primele sau pot avea o existenţă de sine stătătoare. Astfel, avem ***o afazie senzorială, una motorie şi alta totală, iar ca sindroame, cecitatea verbală pură, surditatea verbală pură, afazia subcorticală sau afazia motorie pură*** care se produce prin afectarea conexiunilor ce leagă centrii corticali de cei subcorticali. Dar, după P. Marie (1906), nu există decât forma de ***afazie senzorială de tip Wernicke***, iar afazia de tip Broca este tot afazie senzorială, la care se adaugă anartria, ceea ce înseamnă că tulburările de articulaţie sunt efectul anartriei şi nu afaziei propriu-zise. Clasificarea adoptată de P. Marie şi reluată de Ch. Foix, se reduce la existenţa a patru forme de afazie:

- afazia senzorială, denumită şi afazie Wernicke;
- afazia Broca care, în fapt, este o anartrie la care se adaugă afazia senzorială;
- afazia pură, ce poate fi denumită şi anartrie pură;
- alexia pură.

Una dintre clasificările de referinţă este şi cea elaborată de H. Head (1923), care împarte afazia în patru forme: ***verbală, sintactică, nominală şi semantică.***

Afazia verbală este similară cu afazia motorie de tip Broca. Limbajul subiectului afazic se reduce la pronunţarea unui număr redus de cuvinte pe care le repetă în toate situaţiile.

Afazia sintactică determină, în principal, tulburări la nivelul ritmului şi sintaxei vorbirii. În cazul acesta, apar tulburări în toate formele de limbaj (exterior, interior, citit, scris).

Afazia nominală se caracterizează prin prezenţa fenomenelor de amnezie verbală şi, ca urmare, subiectul nu îşi poate aminti cuvintele necesare exprimării ideilor pentru a desfăşura un discurs cursiv. Prezintă tulburări de înţelegere a limbajului oral, citit şi scris ca şi dificultăţi de calcul.

Afazia semantică se exprimă prin dificultăţi de înţelegere a vorbirii şi a acţiunilor ce trebuie să le desfăşoare. Cu toate că poate citi şi scrie, se produc unele confuzii la nivelul evaluării generale a conţinutului din actele respective.

O clasificare mai apropiată de ideile contemporane şi cu un impact deosebit asupra formelor clinice întâlnite frecvent este cea elaborată de Weisenburg şi McBride (1935):

- afazia dominant expresivă;
- afazia dominant receptivă;
- afazia mixtă, expresiv-receptivă;
- afazia amnestică.

În clasificarea elaborată de Goldstein (1948) se menţionează existenţa a trei forme de afazie, expresivă, receptivă şi amnestică, la care se mai adaugă alte două şi anume, afazia de conducere, numită de el afazie centrală şi afazia transcorticală.

Afazia expresivă are o frecvenţă mai mare în raport cu celelalte forme menţionate mai sus. Fenomenul major în această formă de afazie este acela al tulburării expresiei orale şi grafice, în care predomină dificultăţi în producerea actelor motorii implicate în cele două comportamente.

Afazia receptivă este reprezentată, în principal, de tulburările înţelegerii vorbirii orale şi scrise. Pe lângă acestea, apar şi dificultăţi de vorbire, prin existenţa parafaziilor şi a jargonofaziilor, ceea ce duce la substituiri frecvente de sunete, cu efecte negative pentru inteligibilitatea vorbirii. Amnezia verbală, ce este şi ea prezentă, îl face pe subiect să

întâmpine o serie de dificultăți în amintirea unor cuvinte pe parcursul expunerii sau chiar să nu poată denumi unele cuvinte pe parcursul expunerii din cauza instalării fenomenului de anomie. Alte fenomene ce însoțesc tabloul clinic al bolnavului se referă la tulburări de decodare a limbajului, la manifestări caracteristice surdității verbale, la așa numitele intoxicații cu cuvinte, unde predomină înlocuirile și repetițiile frecvente etc. Dacă lectura se păstrează relativ în stare bună, la nivelul scrisului se instalează o disgrafie caracterizată prin prezența tuturor elementelor specifice acestei tulburări.

Vorbirea afazicului este greu de înțeles, nu numai ca urmare a substituirii de sunete și de cuvinte, dar și existenței deformărilor, a omisiunilor de sunete de la nivelul cuvintelor, a contaminării de sunete și silabe, a manifestărilor logoreice, prin ceea ce unii specialiști numesc „salata de cuvinte". Toate aceste tulburări fac să sporească dificultățile generale de relaționare a subiectului afazic cu cei din jur și exercitarea unor performanțe adaptabile.

Afazia amnestică are o frecvență mai redusă decât primele două forme și mai cu seamă, în raport cu afazia expresivă. Deși în afazia amnestică se întâlnesc unele elemente caracteristice celorlalte forme, uitarea vocabularului și dificultățile de evocare a cuvintelor sunt manifestări majore, ceea ce duce la blocaje frecvente în timpul desfășurării vorbirii. Ca urmare, subiectul devine agitat, tensionat și trăiește cu teama neputinței de a se putea adapta la cerințele unei comunicări eficiente.

Goldstein (cit. după Kreindler și Fradis) evidențiază ca forme ale amneziei verbale existența unei afazii amnestice ce se manifestă mai ales în denumirea obiectelor și a diferitelor situații, deși dificultățile expresive sunt diminuate. O altă formă este amnezia verbală, în care apar tulburări expresive mai extinse, ce sunt accentuate pe fonul afaziei expresive și a celei mixte. În fine, într-o altă formă, se uită predominant cuvintele învățate mai recent și se accentuează spre bătrânețe și în stările de oboseală mare.

Kreindler și Fradis sunt de părere că una din cele mai complexe clasificări ale afaziei este cea sistematizată de Brun (1953) la care aderă, mai cu seamă școala germană. Redăm această clasificare după autorii citați:

1. **Afazia motorie pură** este denumită și afazie motorie subcorticală. Subiectul nu poate vorbi, dar se conservă capacitatea de înțelegere, ca și limbajul interior și deprinderile de scris și citit. Se prezumă că această formă de afazie este determinată de afecțiunea centrilor subcorticali.

2. **Afazia motorie totală** mai este denumită și afazie Broca sau afazie motorie corticală. Deși afazicul nu poate vorbi, el își păstrează relativ capacitatea de înțelegere a limbajului. De asemenea, sunt alterate lexia și grafia cu adoptarea scrisului copiat servil. Elementele de perseverare verbală și de agramatism sunt extinse și variate, la care se adaugă frecvente amnezii verbale.

3. **Afazia transcorticală motorie** determină mari dificultăți la nivelul vorbirii spontane, dar se conservă relativ vorbirea repetată. Și înțelegerea vorbirii se păstrează, ca și scrisul copiat și dictat, dar este alterat scrisul spontan.

Se presupune că această formă de afazie se produce printr-o leziune subcorticală sau printr-o leziune corticală difuză.

Afazia amnestică se presupune că ar putea fi o formă ușoară a afaziei transcorticale motorii și este determinată de o leziune a substanței albe de la nivelul temporalului. Subiectul are dificultăți în denumirea obiectului văzut sau perceput tactil.

4. **Afazia senzorială pură**, denumită şi afazie senzorială subcorticală şi surditate verbală pură, are ca efect neputinţa subiectului de a recunoaşte cuvântul, cu toate că la nivelul sunetelor se menţine această caracteristică. Deşi nu va înţelege vorbirea, limbajul interior se conservă, ca şi grafia şi lexia. De asemenea, se păstrează vorbirea spontană şi sunt alternate vorbirea repetată şi scrierea după dictare.

Leziunea în această formă de afazie se găseşte în substanţa albă a circumvoluţiei a doua temporale.

5. **Afazia senzorială totală**, cunoscută şi prin denumirea de afazie Wernicke, determină logoree, parafazii, jargonofazii şi dificultăţi în vorbirea repetată, pe fondul conservării vorbirii spontane.

6. **Afazia senzorială transcorticală**, în care este afectată înţelegerea vorbirii şi a scrisului, a posibilităţii de a vorbi spontan şi de a scrie spontan, deşi se păstrează vorbirea repetată.

Se apreciază că leziunea se produce în substanţa albă a temporalului, fără să afecteze nivelul cortical.

7. **Afazia totală** implică tulburări profunde şi extinse la nivelul expresiei şi recepţiei limbajului, ceea ce înseamnă că se întâlnesc toate formele de limbaj tulburat, la care se adaugă, în majoritatea cazurilor, şi tulburările intelectuale.

8. **Afazia de conducere**, numită şi afazia de insulă, din cauza întreruperii căilor de la nivelul insulei, se manifestă prin tulburări ale repetării cuvintelor şi de denumire a obiectelor, dar se conservă vorbirea spontană şi capacitatea de înţelegere a limbajului.

9. **Alexia pură**, cu denumirea şi de cecitate verbală pură presupune păstrarea vorbirii şi a limbajului interior, dar cu alterarea profundă a expresiei şi recepţiei lexiei şi, parţial, a grafiei. Ca atare, formele scrisului spontan şi dictat rămân bune şi este afectat scrisul copiat. Apar unele dificultăţi în recunoaşterea literelor şi mai cu seamă în unirea lor pentru a putea citi cuvântul ca întreg.

S-a constatat existenţa unei forme de alexie verbală cu predominarea dificultăţilor în citirea cuvintelor şi alta literală, în care subiectul are dificultăţi de urmărire a traseului literelor şi a delimitării spaţiului grafic al acestora.

În literatura de specialitate se semnalează existenţa unor forme particulare ale alexiei pure legate de leziunea de la nivelul creierului, astfel încât afectarea girusului angular sau a lobului occipital medial imprimă asemenea departajări.

10. **Agrafia pură** este negată de unii autori ca entitate de sine stătătoare, fiind de părere că asemenea manifestări reprezintă simptome specifice ale majorităţii formelor de afazie şi se încadrează în dezorganizarea globală a funcţiilor neurologice şi psihologice. Totuşi, ea poate fi privită ca o disfuncţie profundă ce cuprinde toate aspectele grafiei, pornind de la imposibilitatea expresiei grafice şi ajungând la tulburări grave în recepţia limbajului scris.

În decursul activităţilor sale, Luria a elaborat mai multe clasificări ale afaziei, dar să reţinem ultima sa clasificare (1964) care este cea mai completă şi acceptată de alţi specialişti:

1. **Afazia senzorială**, în care apare o gamă largă de tulburări, cum ar fi cele legate de diferenţierea sunetelor, de denumire a obiectelor, unele dificultăţi de scris şi de înţelegere. Leziunea se găseşte la nivelul temporalului stâng.

2. **Afazia acustic amnezică,** care determină o pierdere parţială a capacităţii de diferenţiere a sunetelor şi mai cu seamă a unităţilor verbale dispuse în serii şi a frazelor. Dificultăţi extinse apar şi în denumirea obiectelor şi a situaţiilor înconjurătoare. Afazia respectivă este provocată de leziuni întinse la nivelul temporal.
3. **Afazia motorie** se prezintă sub două forme: una este **afazie motorie aferentă sau kinestezică,** în care se produc confuzii la nivelul sunetelor şi grafemelor, ca urmare a leziunilor postcentrale şi alta, **afazie motorie eferentă** sau **kinetică,** care provoacă tulburări de organizare serială a pronunţiei şi a grafemelor, de unde şi apariţia fenomenelor de perseverare, iar localizarea leziunii se află în regiunea anterioară a ariei motorii.
4. **Afazia semantică** manifestată prin tulburări ale înţelegerii structurilor logico-gramaticale a unităţilor verbale mai complexe şi a relaţiilor semantice, dar se păstrează înţelegerea cuvintelor şi recepţia acustică. Leziunile se produc la nivelul parietal.
5. **Afazia dinamică** ce provoacă dificultăţi în vorbirea spontană şi la nivelul discursului verbal, cu manifestări de tip ecolalic şi clişee verbale, ceea ce face ca naraţia să se extindă prea mult. Această formă de afazie este cauzată de leziuni la nivelul zonei frontale.

Interesantă ni se pare şi clasificarea afaziei elaborată, de Konorski (1961), care propune patru forme:

1. **Afazia audio-verbală,** în care se produc tulburări majore în planul repetării cuvintelor asemănătoare tulburărilor de ritm şi fluenţă, dar cu posibilităţi de păstrare a vorbirii automate şi de denumire a obiectelor şi situaţiilor la care face referinţă.
2. **Afazia audio-verbală,** unde se perturbă, parţial, înţelegerea vorbirii, cu toate că se conservă vorbirea automată şi repetată, ca şi posibilitatea de denumire a obiectelor.
3. **Afazia vizuo-verbală** duce la tulburarea vorbirii repetate cu conservarea vorbirii seriate şi a înţelegerii.
4. **Afazia kinestezico-motorie,** în care se produc tulburări ale vorbirii expresive şi adoptarea stilului telegrafic, ceea ce determină dificultăţi de înţelegere din partea auditorului.

În fine, se impune menţionarea unei alte clasificări, la care ne referim în acest context, şi anume, cea elaborată de Wepman şi Jones (1964). Această clasificare a afaziei cuprinde următoarele forme:

1. **Afazia sintactică,** în care se menţine relativ bună posibilitatea de comunicare, cu toate că se înregistrează o serie de tulburări, cum ar fi cele de la nivelul funcţiei gramaticale şi de continuare, în mod sistematic, a discursului verbal când intervin unele distorsiuni din cauza adoptării de către subiect a stilului telegrafic.
2. **Afazia semantică** este mai gravă decât cea sintactică. Subiectul nu se poate racorda la relaţiile semantice de diferenţiere a simbolului verbal de obiect. Formularea verbală se realizează cu dificultate din cauza vocabularului sărac şi a existenţei fenomenelor de amnezie verbală şi anomie.
3. **Afazia pragmatică,** în care subiectul are dificultăţi de a sesiza semnificaţia unor situaţii cu care vine în contact şi, de aici, formularea verbală devine imprecisă, cu multe redundanţe inutile, cu cuvinte parazite şi neologisme.

4. **Jargonofazia** capătă, în ideea autorilor, un statut de sindrom complex şi nu o simplă simptomatologie a unei forme sau a alteia de afazie. Vorbirea subiectului jargonofazic nu este inteligibilă, iar raportările la situaţiile despre care vorbeşte nu sunt coerente şi adecvate.
5. **Afazia globală** este cea mai gravă în raport cu cele de mai sus. Se pierde, în principiu, capacitatea de a vorbi, menţinându-se un număr foarte restrâns de expresii de tip infantil şi naiv.

Interesantă este şi remarca lui Hecaen (1972) care, din perspectivă lingvistică, face distincţia dintre afazia fonematică şi afazia gramaticală, cu precizarea că ambele forme se găsesc în cadrul afaziei Broca. Un interes similar o prezintă şi clasificarea afaziei elaborată de Goodglass şi Kaplan (1972) adoptată azi de numeroşi afaziologi:

1. Afazia Broca;
2. Afazia Wernicke;
3. Afazia anomică (sau amnestică);
4. Afazia de conducţie;
5. Afazia transcorticală senzorială;
6. Afazia transcorticală motorie;
7. Alexia cu agrafie;
8. Afaziile pure:
   a. alexia pură;
   b. surditatea verbală pură;
   c. agrafia pură;
   d. afemia (sau anartria corticală).

Lecours şi Lhermitte (1983) apreciază clasificarea de mai sus şi sunt de părere că ea devine completă prin adăugarea la aceasta a încă două forme, şi anume, a afaziei globale şi a afaziei mixte. Dar ei resping existenţa afaziei transcorticale motorii, în timp ce includ afazia de conducţie şi alexia cu agrafie în afazia Wernicke.

Precizăm, de asemenea, că înaintea publicării clasificării lui Goodglass şi Kaplan, M.I. Botez (1971) făcea distincţia dintre afazia amnestică şi afazia anomică. Ceva mai târziu, Botez, A. Zolog (1997) adoptă următoarea sistematizare a clasificării afaziei:

1. Afaziile instrumentale sau pure (afemia, agrafia pură, surditatea verbală pură, alexia pură);
2. Afazia Broca;
3. Afazia Wernicke;
4. Afazia de conducţie;
5. Alexia cu agrafie;
6. Afaziile transcorticale (mixtă, senzorială şi motorie);
7. Afaziile amnestice;
8. Afazia globală şi afazia mixtă.

Sarno (1997), citat de Dănăilă şi Golu (2006), porneşte de la ideea că tulburarea vorbirii este dependentă de forma de debut a afaziei (brusc sau progresiv) şi de tipul de sindrom afazic ce corelează cu zona de localizare a leziunii şi relevă că vorbirea se manifestă sub două forme principale: pe de o parte, ea prezintă întreruperi şi ezitări, cu dificultăţi de folosire a sistemului lingvistic, iar pe de altă parte, deşi vorbirea articulată nu îşi pierde calităţile principale de flux şi de melodicitate, dar cu afectarea coerenţei şi

influenţei discursului. În funcţie de aceste criterii Sarno împarte afaziile în două forme: după primele caracteristici, afaziile sunt denumite ***fluente***, iar după celelalte, ele sunt ***nonfluente***.

Afaziile fluente generează o vorbire, în bună măsură, cursivă ce cuprinde aspecte prozodice şi articulatorii normale, dar este afectată înţelegerea ce este cu atât mai gravă cu cât şi afazia este mai severă, caz în care se produc deformări, omisiuni şi substituiri de sunete şi cuvinte, determinând extinderea tulburărilor de înţelegere.

Principalele forme ale afaziilor fluente sunt:

1. **Afazia Wernicke** (afazia senzorială) ce ilustrează cel mai bine caracterul de afazie fluentă. Important este pentru vorbire că această formă de afazie nu generează deficienţă motorie.

În afazia Wernicke se păstrează fluenţa vorbirii articulate, dar apar în unele cazuri substituiri de cuvinte, o parafazie semantică şi mai cu seamă, dificultăţi de înţelegere auditivă. Dat fiind faptul că subiecţii din această categorie nu prezintă tulburări motorii, ei pot manifesta abilităţi de folosire a unei vorbiri complexe şi cu un debit rapid, uneori chiar precipitat. Formele deosebit de severe ale afaziei Wernicke duc la instalarea jargonofaziei, în care vorbirea fluentă capătă caracteristica de parafazie şi este încărcată de neologisme, de unde şi dificultăţile de înţelegere. Se ajunge, astfel, la dominarea parafaziilor semantice (verbale) şi fonetice (literale), iar perseverările la nivelul comunicării verbale marchează un specific delimitat în afazia Wernicke.

2. **Afazia de conducere** (conducţie) se caracterizează prin prezenţa dificultăţilor de repetiţie a cuvintelor şi a propoziţiilor, dar fără să fie afectată înţelegerea limbajului. În vorbirea afazicului din această categorie, apar parafazii fonetice şi dificultăţi în găsirea cuvintelor necesare pentru desfăşurarea vorbirii, cu toate că sunetele pot fi bine pronunţate. Şi limbajul scris este afectat, iar citirea variază, ca dificultate, în funcţie de nivelul afectării vorbirii.

În afazia de conducere se produce deconectarea ariei Broca de aria Wernicke mai precis, leziunea de la nivelul girusului supramarginal duce la întreruperea legăturii dintre lobul temporal şi lobul frontal, fără însă ca limbajul să fie afectat în ansamblul său, dar cuvintele ce trebuie repetate sunt găsite după o serie de încercări şi tatonări. Această ultimă caracteristică se corelează şi cu dificultăţile ivite la nivelul memoriei verbale de scurtă durată.

Afazia de conducere poate fi provocată şi de alte situaţii, cum ar fi afectarea substanţei albe de sub cortexul senzorial ori din cortexul submarginal.

3. **Afazia senzorială transcorticală** este pusă pe seama accidentelor vasculare cerebrale ischemice din aria posterioară sau pe seama unor tumori de fosă posterioară, astfel încât de cele mai multe ori, leziunea separă lobul temporal de lobul occipital, în timp ce aria Wernicke rămâne intactă.

În această formă de afazie se păstrează abilitatea de a repeta cuvinte şi propoziţii, în schimb este profund alterată capacitatea de înţelegere a limbajului. Ca urmare, subiecţii cu această formă de afazie sunt fluenţi în vorbire, dar cu prezenţa unor jargoane semantice şi a unor caracteristici specifice de substituire a cuvintelor, ceea ce face ca unele cuvinte să fie folosite în exces, fără a fi necesare.

4. **Afazia amnezică** se produce prin leziuni limitate la nivelul lobului temporal stâng. Subiectul uită cuvintele, marcând o anomie evidentă şi o imposibilitate în găsirea

cuvintelor pentru transmiterea mesajelor, ceea ce îl face să aibă rezerve pentru inițierea unei comunicări mai extinse.

5. **Afazia anomică**, denumită și afazia nominală, se produce, în principiu, în urma oricărei leziuni a emisferei stângi, dar și leziunile izolate ale lobului temporal provoacă anomie severă, anomie similară cu cea întâlnită în bolile degenerative, cum ar fi boala Alzheimer.

Deși înțelegerea limbajului și repetiția cuvintelor sunt bune, este afectată capacitatea de numire a obiectelor și situațiilor. Deși vorbirea este fluentă, subiectul afazic nu-și găsește cu ușurință cuvintele, ceea ce generează o lentoare în vorbire, cu pauze mari.

Afaziile nonfluente, a doua categorie după criteriile invocate, generează o înțelegere a vorbirii la un nivel relativ normal, în timp ce în plan expresiv vorbirea devine nesigură și domină dificultățile gramaticale și de pronunție, cele de prozodie normală, cu un vocabular limitat, adeseori, la substantive, verbe, adverbe și adjective. În paralel, și funcția motorie a părții drepte a corpului este afectată, astfel încât, cu timpul, hemiplegia devine tot mai severă.

Afazicul este conștient de dificultățile sale și face efort în realizarea unei vorbiri fluente, dar fără să reușească.

Din categoria afaziilor nonfluente, fac parte:

1. **Afazia Broca** este reprezentativă pentru această categorie de afazie și constă în prezența dificultăților de articulație și de formulare corectă gramaticală cu existența unui vocabular redus, dar se menține înțelegerea vorbirii auzite. Scrisul este și el afectat ca și vorbirea, iar în citire se realizează performanțe ceva mai bune. Limbajul utilizat este simplificat și cu imperfecțiuni gramaticale, și deși subiectul conștientizează deficitul ca atare, nu-l poate depăși, iar hemiplegia afectează și membrele din partea dreaptă a corpului.

2. **Afazia motorie transcorticală** prezintă unele asemănări cu simptomatologia din afazia Broca. Și aici se păstrează înțelegerea limbajului și chiar a abilității de a repeta unele sunete și cuvinte, dar fluența verbală este afectată și de frazarea laconică cu multe imperfecțiuni gramaticale. Apare frecvent fenomenul ecolalic, deși în perioada de debut se mențin forme accentuate de muțenie.

3. **Afazia transcorticală mixtă** este o formă rară de afazie, în care repetițiile de sunete și de cuvinte nu sunt atât de afectate, deși sunt prezente multe inabilități de citire, scriere și chiar de numire a obiectelor și a fenomenelor. Pot apărea și aici fenomene ecolalice, dar ele sunt mai restrânse ca în afazia motorie transcorticală.

4. **Afazia dinamică** este o formă de afazie descrisă de Luria și foarte asemănătoare cu afazia motorie transcorticală. Așadar, vorbirea este nonfluentă, deși se păstrează capacitatea de înțelegere a limbajului și abilitatea, ca în afazia motorie transcorticală.

5. **Afazia globală** este și ea un subtip de afazie ca și afazia transcorticală, mixtă și afazia dinamică, în care sunt afectate, în bună măsură, toate funcțiile limbajului, începând de la fluență și înțelegere și terminând cu abilitățile de citire și scriere.

6. **Afazia mixtă,** la care se referă unii autori, rămâne puțin delimitată față de alte forme de afazie. Ea nu este destul de precizată nici din punct de vedere etiologic și nici simptomatologic. Dar se menționează mai mult speculativ, când în afazia mixtă se

întâlnesc toate manifestările vorbirii nonfluente cu grave implicaţii, atât la nivelul limbajului expresiv, cât şi a celui receptiv.

Din punctul nostru de vedere, aceste clasificări constituie o contribuţie semnificativă la dezvoltarea domeniului, deoarece fiecare dintre ele poate fi apreciată ca aport substanţial şi invită la noi investigaţii ştiinţifice.

5.2.2. *Relaţie şi diagnostic diferenţial în afazia congenitală şi dobândită*

În departajarea afaziei congenitale de cea dobândită, specialiştii au luat în considerare atât simptomatologia comună, cât şi simptomatologia specifică, dar mai ales s-a pus accent pe criteriul etiologic şi pe perioada de apariţie (debut) a afecţiunii respective. Pentru diagnoza celor două forme de afazie rămâne încă o serie de dificultăţi rezultate din dificultăţile stabilirii riguroase a caracteristicilor diferenţiatoare, dar şi din faptul că unii autori nu acordă o importanţă prea mare perioadei de debut a afaziei considerând că, din punct de vedere etiologic se înregistrează fenomene similare. Din perspectiva analizei noastre, subliniem că un diagnostic diferenţiat pentru afazia congenitală şi cea dobândită, prezintă importanţă atât pentru diferenţierea celor două forme cât şi pentru implementarea unei forme de terapie recuperativă adaptată stării în care se găseşte subiectul. Pentru aceasta recurgem la prezentarea unor caracteristici comune şi specifice pentru cele două forme de afazie. Dar cum aceste aspecte sunt mai evidente la copii, fapt pentru care analiza noastră se axează, în principal, pe vârstele copilăriei.

Astfel, evidenţiem, pentru copiii cu afazie congenitală, următoarele caracteristici:

- prezenţa unui retard accentuat la nivelul exprimării verbale şi al înţelegerii fără a fi însoţit de deficite comportamentale, perceptiv-motrice şi intelectuale atât de severe ca în alte situaţii de copii care, dintr-un motiv sau din altul, nu reuşesc să achiziţioneze şi să utilizeze limbajul;
- existenţa unui deficit pronunţat în funcţionarea perceptivă la nivelul modalităţilor senzoriale care sunt antrenate în achiziţia limbajului şi care privesc dificultăţile de recepţie a stimulilor, o discriminare auditivă redusă cu efect negativ de stocare în memorie, în organizarea datelor informaţiei, a integrării şi raportării acestora la experienţele anterioare;
- etiologia incriminată în producerea afaziei congenitale este, de obicei, implicată şi în determinarea unor afecţiuni auditive uşoare (lejere sau moderate), ceea ce contribuie la creşterea dificultăţilor de achiziţii a pronunţiei corecte, a discriminării sunetelor şi a redării lor;
- evidenţa unei întârzieri cognitive, determinată atât de factorii etiologici ai afaziei congenitale, cât şi de inexistenţa vehiculării informaţiilor din mediul înconjurător ce limitează dezvoltarea psihică normală, întârziere care nu este de tip oligofrenic;
- apar perseverări în elaborarea răspunsurilor la anumiţi stimuli sau în executarea unor acţiuni însoţite de o instabilitate emoţională;
- limitarea extinderii memoriei auditive, fapt mai evident în situaţiile complexe într-un timp scurt, un număr mai mare de stimuli.

Simptomatologia prezentată poate fi pusă, din punct de vedere etiologic, pe seama fie a unui deficit de maturizare a căilor auditive în relaţie cu limitarea capacităţii de diferenţiere şi integrare a sunetelor vorbirii (**Benton**, 1964), fie ca urmare a unor leziuni cerebrale precoce localizate la nivelul lobilor temporali sau a celor parieto-occipitali (**Landon, Golgsteine, Keffner**, 1960, **Eisenson**, 1968) şi în fine, fie prin apariţia unui retard de dezvoltare cerebrală cu efect negativ în desfăşurarea proceselor auditive (Eisenson) ce implică dificultăţi de stocare a semnalelor verbale, de percepere şi discriminare a fonemelor (mai cu seamă în context lingvistic) şi de recepţie a semnalelor auditive.

Spre deosebire de afazia congenitală, pentru ***afazia dobândită,*** manifestările descrise sunt mai riguroase şi au o raportare mai pertinentă la segmentul neurologic afectat care o provoacă. O astfel de definiţie este şi cea dată de X. Seron (1977, 1981) care concepe afazia dobândită ca pe „o tulburare consecutivă cu o tulburare a sistemului nervos central şi survenind la un subiect care a ajuns deja la un nivel de înţelegere şi exprimare verbală". După cum afirmă autorul respectiv, caracteristic pentru această definiţie este, pe de o parte, recunoaşterea aspectului neurologic prin afirmarea unei leziuni cerebrale obiective şi pe de altă parte, afirmarea aspectului psihologic prin sublinierea existenţei prealabile înainte de leziune a unui debut de dezvoltare a limbajului normal. Prin aceasta, Seron îşi afirmă opoziţia faţă de acei autori care sub eticheta de „afazia copilului" vorbesc de o diversitate de tulburări formate prin afazia congenitală şi concretizate în retarduri de limbaj, fără să dovedească substratul neurologic evident. În literatura neuropsihologică se insistă pe activităţile expresive ale subiectului şi se neglijează, în bună măsură, cele de înţelegere: ***Caracterul dobândit al afaziei la copil şi adult rezultă dintr-o leziune cerebrală ce nu se poate reduce la nedezvoltarea limbajului sau la un retard de dezvoltare, întrucât fenomenologia afaziei este extrem de complexă, afectând nu numai limbajul (atât sub raportul expresiei, cât şi al recepţiei), ci, într-o anumită măsură, toate palierele activităţilor psihice.*** (**E. Verza**, 2009)

În acest context, simptomele cele mai evidente în afazia dobândită a copilului pot fi rezumate astfel:

1. Diferenţele semiologice dintre afazia dobândită a copilului şi cea a adultului dau note de specificitate în funcţie de vârsta subiectului;
2. Tulburările expresive predomină în afazia dubândită şi sunt mai variate în raport cu tulburările receptive;
3. Sunt diferenţe calitative şi cantitative între manifestările tulburărilor de la nivelul limbajului oral şi cel scris care evoluează în paralel cu starea de progres (ameliorare) sau regres al afaziei dobândite;
4. La nivelul vorbirii orale, în afazia dobândită, limbajul se reduce treptat, chiar până la instalarea unei forme de mutism. În paralel, are loc o simplificare a sintaxei, scăderea bagajului lexical şi prezenţa tulburărilor de pronunţie;
5. La adultul afazic se înregistrează frecvent prezenţa logoreei, parafrazei şi a jargonului, în timp ce la copilul afazic manifestările respective nu au fost puse în evidenţă cu certitudine;
6. Cu cât vârsta copilului afazic este mai mică, cu atât apar diferenţe mai pregnante între simptomatologia acestuia şi cea a adultului afazic. Dar după

10 ani şi după alţi autori, în special de la 14 ani, tabloul simptomatologic se apropie tot mai mult de cel al afaziei adultului;
7. Prezenţa simptomelor descrise mai sus tinde să bulverseze întreaga activitate psihică a subiectului, caracteristicile psihocomportamentale şi de personalitate ale acestuia.

În concluzie, la copil simptomele nu sunt atât de bine conturate ca la adult şi nici factorul etiologic nu este suficient de afirmat în toate cazurile, ceea ce îngreunează diagnosticarea, dar având în vedere că la copil se manifestă o mare plasticitate a sistemului nervos, creşterea capacităţii de achiziţie, facilitează recuperarea. La aceasta se adaugă şi alte aspecte şi anume acelea legate de formele afaziei infantile ce nu sunt atât de severe ca la adult şi, în genere, copilul nu trăieşte atât de intens în planul personalităţii şi reuşeşte să depăşească mai uşor tensiunea, frustraţia şi anxietatea.

6. TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE A LIMBAJULUI ŞI COMUNICĂRII

6.1. Retardul verbal

Acest tip de tulburări este extrem de complex pentru că, pe de-o parte, el poate semnifica existenţa şi a altor funcţii psihice sau chiar neurologice care se constituie în factori negativi ai achiziţiei vorbirii, iar pe de altă parte, într-o serie de alte deficienţe de limbaj sau de altă natură se întâlnesc forme variate de nedezvoltare a limbajului. Din aceasta rezultă ideea că tulburarea de dezvoltare a limbajului şi comunicării se poate constitui ca un sindrom ce generează sau facilitează instalarea altor tulburări de limbaj (de pronunţie, de ritm şi fluenţă, de citit-scris etc.) sau când aceste elemente devin simptome pe fondul unor afecţiuni grave verbale şi psihosenzoriale, psihointelectuale (alalie, afazie, disartrie, autism, deficienţe mintale, senzoriale etc.). Tulburările de dezvoltare a limbajului şi comunicării pot fi cuprinse sub denumirea de retard verbal.

Astfel, ***retardul verbal este un concept complex, în cadrul tulburărilor de limbaj, care înglobează toate formele de nedezvoltare ale limbajului, ca dezvoltarea lentă şi evoluţia sa, sub nivelul mediu sau cel mult minimal, raportat la standardele vârstei cronologice specifice normalităţii.*** Aşa cum am precizat, retardul verbal poate apărea pe fondul unui deficit mintal sau senzorial, pe fondul unei disfuncţionalităţi organice (cerebrale) sau de structură somatică (ex. aparatul fonoarticulator), pe fondul unui mediu socio-cultural neadecvat care nu stimulează dezvoltarea limbajului în perioadele (copilăriei timpurii) de constituire a acestuia, dar şi pe fondul unei tulburări verbale grave cu impact negativ asupra motivaţiei pentru achiziţia comunicării cu tensiuni, anxietăţi şi frustraţii la nivelul personalităţii.

La nivelul limbajului, în retardul verbal sunt trei caracteristici esenţiale, care îl definesc şi îl departajează de alte tulburări (**E. Verza**, 2004):

- reproducerea cu dificultate a majorităţii cuvintelor ca întreg, chiar dacă pot fi emise în mod izolat;
- vocabularul este sărac atât din punct de vedere cantitativ (se limitează mai mult la cuvinte uzuale), cât şi calitativ (rar sunt folosite noţiunile abstracte şi generale);

- dificultăţi majore de frazare, de construcţie a enunţurilor, de organizare logico-gramaticală şi de susţinere a discursului verbal.

Asemenea manifestări de natură lingvistică se găsesc şi în disfazie şi alalie la care se adaugă, desigur, multe alte caracteristici. Astfel, forme de retard verbal se întâlnesc în disfazie şi alalie, dar acesta poate exista şi în afara altor tulburări, ca un sindrom conturat prin dimensiunea specifică a elementelor afectate. Dar, distincţia ce se face între retardul verbal şi alte tulburări este realizată, de cei mai mulţi autori, după gradul de severitate al tulburării. Spre exemplu, Aimard (1972) distinge retardul verbal simplu de tulburările grave de organizare a limbajului, în timp ce Launay şi Borel-Maisonny (1972) sunt de părere că în retardul verbal simplu, ca şi în disfazie, fenomenele principale privesc tulburările de achiziţie a limbajului, ca în afazia congenitală, audimutitate, infirmitate motorie cerebrală, surditate etc., acestea nu numai că sunt mai grave, dar sunt afectate toate laturile de natură lingvistică ale limbajului. F. Estienne (1989) apreciază că introducerea criteriului nivelului de gravitate a tulburării este util pentru activitatea practicienilor şi permite să deosebim un copil cu achiziţii verbale tardive faţă de unul ale cărui achiziţii sunt fundamentale pentru constituirea structurilor de limbaj. Din această perspectivă, Şcoala franceză face distincţia între retardul „simplu" de limbaj şi alte forme ale fenomenului în care predomină deficitul manifestat în toate compartimentele activităţii psihice, devenind, astfel, un retard „complex".

Atunci când sunt luate în considerare numai fenomenele caracteristice ce aparţin sindromului ca atare de slabă achiziţie a limbajului, fără alte deficienţe, unii autori îl numesc tot retard verbal „simplu", apreciind că în felul acesta se poate face distincţia între dificultăţile de la acest nivel şi cele ce sunt, în esenţă, asemănătoare, dar pe un fond de asociere cu alte sindroame, cum ar fi cel de disfazie, alalie, deficienţă de intelect, deficienţă de auz etc. Dar aşa numitul retard simplu are grade de dificultate, şi în anumite cazuri el poate fi la fel de complex ca şi în situaţiile de apariţie a acestuia pe fondul altor deficienţe. De unde, denumirea de „simplu" este improprie şi ea nu reuşeşte să sugereze diferenţele specifice în situaţiile date. Dacă termenul de simplu se aplică pentru toate cazurile de retard verbal uşor şi moderat, indiferent că acesta se prezintă de sine stătător sau pe fondul altor deficienţe, atunci el este perfect utilizabil pentru exprimarea gradului de afectare verbală. Aceasta cu atât mai mult cu cât avem în vedere că există o serie de manifestări comune în toate formele de retard verbal aşa cum apar şi unele aspecte specifice pentru retardările limbajului determinate de sindroamele unor deficienţe. Din această perspectivă, nouă ni se par cele mai edificatoare manifestările din cadrul retardului verbal ca sindrom şi cele prezente pe un fond disfazic. Astfel, prezentarea, în paralel, a aspectelor comune şi a celor specifice pentru sindromul de retard verbal şi pentru cel disfazic poate contribui nu numai la îmbogăţirea cunoştinţelor, dar şi la elucidarea unor probleme de diagnoză diferenţială.

Prin urmare, retardul verbal constă într-un decalaj înregistrat la nivelul general al achiziţiei limbajului în raport cu evoluţia normală vis-a-vis de vârstă în formarea şi dezvoltarea conduitelor verbale. Bazându-ne pe o asemenea definiţie, avem posibilitatea să apreciem şi să diagnosticăm retardul verbal încă din copilăria timpurie, astfel încât, încă de la vârsta de 2 ani, să putem face o evaluare predictivă relativ corectă. Este important de reţinut că în perioadele de vârstă în care au loc achiziţiile pe plan verbal, cum sunt vârstele antepreşcolarităţii şi preşcolarităţii, manifestările retardului

verbal sunt mai uşor de raportat la cronologia obişnuită a achiziţiilor. ***Pentru aceste perioade putem desprinde trei aspecte care circumscriu retardul verbal: dificultăţile de exprimare, de înţelegere şi vocabularul limitat (de obicei, numirea obiectelor familiare din imediata apropiere).*** Dacă ne raportăm la vârsta cronologică a copilului, cele trei aspecte deficitare, specifice retardului verbal, pot fi rezumate la următoarele:

- **vocabularul limitat** constă în folosirea unui număr redus de cuvinte, astfel încât, la copilul normal primele cuvinte apar la 10-12 luni (în medie), iar la copilul cu retard verbal, ele apar în jurul vârstei de 2 ani şi chiar mai târziu în funcţie de gravitatea acestuia. În acelaşi timp, la copilul cu retard verbal, se constată că utilizarea propoziţiilor, şi mai ales a frazelor, se realizează prin alăturarea a două sau a mai multor cuvinte, fenomen ce se produce în jurul vârstei de 3 ani sau chiar mai târziu, deşi se ştie că, în mod obişnuit aceasta are loc la 12-15 luni. Folosirea pronumelor, în mod deosebit a pronumelui „eu", ca şi a cuvintelor de legătură, se produce, relativ frecvent, la copilul normal, pe la 3 ani, în timp ce la cel cu retard verbal, fenomenul se constată cu o întârziere de un an sau chiar mai mult. Copilul cu retard verbal nu foloseşte pluralul în mod obişnuit, ci doar întâmplător, iar stilul îmbracă o formă telegrafică, prin lipsa cuvintelor de legătură şi juxtapunerea cuvintelor. Lipsesc, de asemenea, articolele şi pronumele posesive, conjugarea este imprecisă şi verbalismul este simplificat;
- **înţelegerea limitată** are o situaţie privilegiată, cu toate că este deficitară, pentru că apare fenomenul de obişnuire a copilului cu cei din jur cu care comunică mai mult, iar în unele situaţii (dacă nu prezintă şi alte retarduri) le deduce din contextul extralingvistic. Dificultăţile sale se pot sesiza uşor în cazul când aude cuvinte abstract-generale, când este pus în situaţia de a descifra înţelesul figurativ al unor cuvinte, al metaforelor, al cuvintelor cu mai multe înţelesuri, şi mai cu seamă, a noţiunilor care exprimă spaţialitatea şi temporalitatea;
- **exprimarea deficitară** a copilului cu retard verbal se concretizează în dificultăţile acestuia de a emite corect toate sunetele limbii, atât în mod izolat, cât mai ales în cuvinte. Se depăşeşte perioada dificultăţilor de pronunţie fiziologică şi, treptat, se intră în dislalia propriu-zis logopedică sau defectologică după vârsta de 3-3 ½ ani (**E. Verza**, 2003).

În retardul verbal apar şi dificultăţi de motricitate ce transpar frecvent în lipsa de precizie şi de coordonare optimă a mişcărilor. La copilul mic, chiar mersul apare cu întârziere şi ulterior schema corporală se fixează cu dificultate, ceea ce duce la confundarea părţilor corpului, sau la scris, la un scris rigid, ca urmare a manipulării crispate a instrumentului de scris. Tulburările de afectivitate ce însoţesc, de obicei, retardul au şi efectul de amplificare a acestuia prin tensionarea psihică a subiectului şi prin instalarea tendinţei de evitare a comunicării cu cei din jur.

Spre deosebire de retardul verbal, caracteristic disfaziei, alaliei, autismului, deficienţelor mintale şi senzoriale, retardul pe fondul normalităţii psihice are tendinţa de a dispărea relativ spontan, mai cu seamă odată cu intrarea copilului în şcoală.

Etiologia retardului verbal nu poate fi neglijată; ea trebuie cunoscută atât pentru a putea fi evitată pe cât este posibil, dar şi pentru a putea adopta o metodologie

educațional-recuperativă care să nu se reducă numai la înlăturarea simptomelor, ci să înlăture cauzele ce întrețin handicapul. De altfel, în funcție de etiologie, avem posibilitatea să apreciem, cu mai multă precizie, și nivelul afecțiunilor produse și efectele ce se produc prin intermediul programelor recuperative. Literatura de specialitate consemnează faptul că cei mai mulți autori nu se rezumă la citarea unui singur factor implicat în producerea retardului verbal, deoarece fenomenul este dintre cele mai complexe și se produce în urma unor multiple cauze ce se găsesc într-o asociere care acționează pe un fond de fragilitate a individului.

Pe acest plan, cei mai importanți și frecvenți factori sunt:

1. **Factorii ereditari și constituționali** acționează pe fondul unei fragilități genetice sau a unei fragilități dobândite de timpuriu, având la bază, fie o maladie infantilă, fie o relație deficitară cu mama. Aceste fenomene pot produce efecte negative în plan verbal și mai târziu, la puberi și adolescenți.
2. **Factorii neurologici** se concretizează într-o patologie cerebrală, descrisă de unii autori prin termenii de „disfuncție cerebrală minimă" sau prin „leziuni cerebrale minime", „sindrom hiperkinetic" (**Dopchie**, 1958; **Willems**, 1979). Această patologie cerebrală poate fi determinată de accidentele de la naștere cu provocări de traumatisme cerebrale, de prematuritate și dismaturitate ce pot influența negativ și dezvoltarea sistemului nervos superior etc.
3. **Factorii socio-culturali și de mediu** cuprind situațiile defavorizante (în care trăiesc unii copii) ce nu facilitează o dezvoltare bună a limbajului. Așa sunt copiii care nu beneficiază de un mediu lingvistic stimulativ, unde comunicarea verbală este săracă și limitată la forme verbale rigide cu folosirea stereotipă a unor expresii sau prin utilizarea unui limbaj neelevat. Copiii instituționalizați și cei din familiile cu un nivel socio-cultural redus nu au posibilitatea să vină în contact cu modele lingvistice avansate, tocmai în perioadele timpurii ale vârstei, când și achizițiile verbale sunt mai intense. Unii autori (**S. Borel-Maisonny** și **Cl. Launay**, 1972) invocă, ca factor defavorizant, și bilingvismul timpuriu, până la 3 ani, care poate duce la o interferență a deprinderilor fragile verbale, ceea ce îngreunează achiziția limbajului sau chiar poate provoca tulburările acestuia. Alți autori (**F. Estienne**, 1989) remarcă contradicția ce apare între mediul familial cult și stimulativ în care se dezvoltă bilingvismul și limitarea achizițiilor verbale, pentru că unitățile lingvistice din diferitele limbi se însușesc cu ușurință tocmai de timpuriu.
4. **Factorii afectivi** pot deveni și ei o frână în calea dezvoltării limbajului sau pot chiar provoca diferite tulburări ale acestuia, atunci când apar trăiri emoțional-afective cu caracter de stres din cauza unei mame exagerat de protectoare sau prea respingătoare. În cazurile acestea, nu se stimulează dorința copilului de a învăța și curiozitatea de cunoaștere.
5. **Factorii intelectivi și senzoriali** se pot constitui și ei într-o frână a evoluției normale a limbajului, dacă nu ating un anumit prag sau un nivel al dezvoltării. În deficitul de intelect sau senzorial subiectul nu poate înregistra progrese evidente și rapide în achiziția limbajului și nici în corectitudinea exprimării sau a folosirii unor structuri lingvistice complexe. În deficiențele mintale, odată cu înaintarea în vârstă a subiectului, decalajul verbal este tot mai evident, comparativ cu normalul

pentru că stagnările şi regresele devin cu timpul tot mai evidente. Fenomenele sunt relativ asemănătoare şi în cazul deficientului de auz, dacă acesta nu beneficiază de un program eficient de demutizare. Şi la deficientul de văz apar unele dificultăţi legate, mai ales, de însuşirea corectă a articulării (ca urmare a nivelului scăzut în imitarea mişcărilor aparatului fonoarticulator), dar ele pot fi compensate de auzul bun.

În evaluarea şi diagnoza retardului verbal apar unele dificultăţi ca urmare a faptului că acesta se poate confunda cu unele dificutăţi relativ asemănătoare cu cele ce apar şi în alte tulburări.

Din acest punct de vedere, ***confuziile cele mai frecvente se produc între sindromul de retard verbal şi mănunchiul de manifestări din disfazie.*** Aceste considerente, pe care le-a avut în vedere şi Dupré, au dus la diferenţierea retardului verbal, ca sindrom de sine stătător, de o serie de manifestări cu caracter simptomatic specific disfaziei. Autorul respectiv introduce sintagma de „disabilităţi de limbaj", ce este mai apropiată de definirea disfaziei şi care presupune prezenţa unui factor constituţional ereditar, dar fără a exclude şi determinări bazate pe întârzieri parţiale în apariţia şi dezvoltarea vorbirii, o capacitate redusă în imitarea vorbirii corecte, o anxietate şi o teamă în utilizarea vorbirii. Acest fenomen este mai frecvent la băieţi decât la fete. F. Estienne (1989) defineşte disfazia printr-un „deficit de limbaj care se manifestă, în principal, începând cu 6 ani în formarea unei neorganizări a limbajului în evoluţie care se poate repercuta în limbajul scris, sub aspectul unei dislexo-disgrafii, la subiecţii, de altfel, normal dezvoltaţi, fără insuficienţe senzoriale, motrice, nici fonatorii, dar dotaţi cu o structură mentală particulară, care împiedică accederea inteligenţei la stadiul analitic".

Ajuriaguerra (1965) diferenţiază disfazia de retardul verbal, prin trei caracteristici definitorii ce au stat, de altfel, şi la baza definiţiei lui Estienne. Acestea se referă la:

a. Planul lingvistic, ocazie cu care se remarcă faptul că organele fonatorii sunt normale, ceea ce permite achiziţia corectă a fonemelor şi, ca urmare, nu apar tulburări de articulare. În disfazie, nu apare un deficit auditiv de tip fizic, dar înregistrează dificultăţi ale percepţiei audio-verbale şi aceasta duce la o incapacitate de reproducere corectă a mai multor silabe fără semnificaţie şi, în final, a elementelor fonetice ale cuvintelor. Disfazicul are dificultăţi de sinteză şi de stăpânire a structurii logice, înţelege greu noţiunile abstracte şi, în genere, limbajul, în ansamblul său. Exprimarea este simplă şi imprecisă, cu folosirea unor structuri sintactice caracteristice unui copil normal mai mic, faţă de disfazic cu aproximativ 4-5 ani.

b. Planul organizării psihice se concretizează prin prezenţa dificultăţilor în domeniul structurării spaţiale, a desfăşurării ritmice a vorbirii şi chiar a manifestării actelor psihomotrice.

c. Planul organizării afective şi sociale denotă dizarmonie evolutivă pe fondul unor manifestări anterioare cu o organizare nevrotică sau chiar psihotică a personalităţii.

Din punctul nostru de vedere, afazia este, în principal, ***o tulburare de simbolizare ce se manifestă printr-o slabă capacitate a disfazicului de a forma şi dezvolta, de a achiziţiona şi reproduce concepte, în relaţie cu vorbirea.*** De aici, rezultă şi ceea ce remarcă majoritatea autorilor, şi anume că fenomenul disfazic se manifestă, cu pregnanţă, în jurul vârstei de 6 ani şi ulterior.

Etiologia nu ne ajută prea mult în diagnosticul diferențial, deoarece, în linii generale, cauzele disfaziei sunt relativ similare cu cele din retardul verbal. Totuşi, şi aici se poate face precizarea că, ***în disfazie, tulburările caracteristice sunt agravate de anomaliile zonelor de asociație ale creierului ce sunt mai evidente ca în alte cazuri de acest gen.***

În concluzie, cele două tulburări, retardul verbal şi disfazia, se pot diferenția, respectând criteriile de evaluare a limbajului expresiv şi impresiv pe care le-am amintit într-un material anterior (**E. Verza**, 2004), la care vom adăuga analiza pertinentă a tuturor aspectelor etiologice şi simptomatologice, evidențiate în lucrarea de față, fără a neglija disfuncțiile ce apar, atât în retardul verbal, cât şi în disfazie, în diferitele paliere ale activității psihice.

Toate aspectele evidențiate anterior cu privire la retardul verbal şi al relației acestuia cu disfazia se regăsesc şi în deficiența de intelect, cu o simptomatologie generată de vidul mental şi de etiologia determinantă care a influențat structurile neuropsihice în condițiile date. La aceste caracteristici se adaugă şi o fenomenologie rezultată din particularitățile de structură anatomică şi psihică, specifică deficienței respective şi pe care o vom evidenția în continuare.

Formele cele mai accentuate ale tulburărilor de limbaj se întâlnesc în deficiența de intelect, şi cum acesta are grade diferite, de la uşor şi lejer la sever şi profund, dificultățile de limbaj se prezintă pe o ierarhie foarte diversă şi complexă. Retardul verbal ocupă un loc central pe această scară şi are implicații extinse, atât în desfăşurarea activității psihice generale, cât şi a comportamentelor adaptative. De altfel, capacitatea de comunicare şi realizarea limbajului (verbal şi neverbal) dau expresie unei forme comportamentale în care adaptările sau neadaptările la mediul înconjurător sunt foarte precise şi delimitează locul subiectului printre semenii săi.

Deficiența de intelect se estimează în raport de două componente fundamentale, de deficitul în funcționarea capacității intelectuale şi de dificultățile existente în comportamentul adaptativ. Capacitățile de comunicare ocupă unul din locurile centrale în exercitarea comportamentelor adaptative de o anumită calitate. Tocmai din aceste motive, capacitățile verbale respective nu pot lipsi dintr-o evaluare riguros ştiințifică a comportamentului adaptativ. Dar în analiza capacităților de comunicare trebuie considerate componentele fonetice şi fonologice, cele ce țin de semantica structurală şi semantica lexicală, de morfologie, ca şi de sintaxa şi de pragmatica limbajului (J. A. Rondal şi colab. 1997), din care să rezulte cu claritate aspectele productive şi receptive pentru categoria de subiecți analizați, ca în final să se poată evalua capacitatea funcționării lingvistice, raportată la vârsta cronologică şi mintală, la nivelul de educație şi socializare, la potențialul compensativ-recuperativ şi la prognoza activităților de terapie logopedică.

6.2. Relație şi determinare în retardul verbal, disfazie, alalie, afazie şi autism

Această relație este semnificativă atât pentru departajarea tulburărilor de dezvoltare ale limbajului şi comunicării de cele polimorfe, cât şi pentru a demonstra dependența şi determinarea dintre cele două categorii ce se află într-o strânsă legătură. Deşi clasificările sau încadrarea unei tulburări într-o categorie sau alta pare simplă, la

prima vedere, lucrurile se complică, deoarece nu dispunem de criterii suficient de precise şi nici de un consens al specialiştilor pe acest demers.

Din această perspectivă, F. Estienne se referă la două categorii de autori, pentru unii este important să se stabilească specificul tulburării, de unde trebuie pornit în alcătuirea unei clasificări riguroase, iar pentru alţii, tulburările de limbaj, care nu sunt produse printr-o atingere neurologică, au caracter de tulburare afectivă şi, ca atare, analiza simptomelor nu prezintă semnificaţie importantă deci şi clasificările nu sunt utile.

Adepţii clasificărilor subliniază că toate sindroamele care duc la alterarea funcţiilor lingvistice, chiar dacă nu au o etiologie precisă sau neidentificată (cum sunt întârzierile, retardurile verbale, disfazia, alalia), pot fi descrise şi delimitate, apoi ierarhizate după criterii stabilite în prealabil, dar de natură descriptivă şi de severitate a tulburării.

O serie de autori de prestigiu, ca Launay şi Borel-Maisonny (1972), Aimard (1972), Bouton (1976), Porot (1978), citaţi şi de F. Estienne (1989), sunt de părere că tulburările de tipul retardului verbal, disfaziei şi alaliei, se pot defini prin două caracteristici:

a. sunt tulburări de achiziţie şi de organizare a limbajului;

b. sunt tulburări ce nu presupun abateri semnificative de la integritatea funcţională neurologică, senzorială şi fiziologică, cum sunt cele generate de psihoze, de deficienţa mintală, de deficienţa de auz etc.

Luând în considerare şi criteriul severităţii tulburărilor respective, aceeaşi autori operează cu ierarhizări în tulburări uşoare/simple, opuse tulburărilor grave/severe. Estienne este de părere că primelor le este caracteristică o întârziere moderată în achiziţia limbajului, fapt pentru care copilul nu reuşeşte să intre într-un sistem comunicaţional obişnuit cu cei din anturaj, iar tulburările din a doua categorie generează dificultăţi de durată, atât la nivelul achiziţiilor lingvistice, cât şi la cel cognitiv, cu repercusiuni negative în adaptarea şcolară şi socială.

Estienne (1989, pag. 378) afirmă că: „este bine să păstrăm această distincţie deoarece ea ilustrează cele două sindroame la polii extremi ai unei patologii în interiorul căreia se regăsesc foarte multe forme clinice pe care le întâlnim în practica curentă. Totuşi, nu putem avea deplină încredere în această departajare, deoarece gradul de gravitate a tulburărilor nu apare din capul locului, şi înainte de 6-7 ani este greu să ne dăm seama dacă avem de-a face cu o simplă întârziere (copil care vorbeşte târziu) sau cu un limbaj care se elaborează prost (copil care vorbeşte prost)."

În clasificarea tulburărilor de limbaj adoptată de noi, în primul volum al Tratatului, realizată după mai multe criterii (simptomatologic, etiologic, lingvistic, logopedic etc.) am inclus alalia în categoria tulburărilor polimorfe, iar retardul verbal şi disfazia, în categoria tulburărilor de dezvoltare a limbajului. Considerăm că un astfel de demers exprimă cu mai multă rigoare teoretică şi practică, conţinutul şi impactul acestor tulburări asupra evoluţiei psihice generale a subiectului şi a vieţii sale de relaţie, fără a exclude aprecierea posibilă a gradului de simplitate sau severitate. (E. Verza, 2003)

Trebuie să precizăm şi faptul că practica ne-a demonstrat că este dificil să marcăm cu precizie diferenţele dintre formele grave faţă de cele simple ale acestor tulburări de limbaj, deoarece nu se poate spune unde sfârşeşte o formă şi unde începe alta.

Şi mai dificil este să prognozăm evoluţia ulterioară a limbajului, mai cu seamă înaintea scurgerii unei perioade de timp, în care activitatea logopedică să-şi demonstreze eficienţa sau ineficienţa şi apoi să o raportăm la nivelul achiziţiilor din planul cognitiv. Opinii similare exprimă şi alţi autori, precum Lapierre şi Aucouturier (1975), Chassagny (1977), Haley (1979), care neagă necesitatea evaluării prin orice diagnoză şi respectiv, clasificare, deoarece nici o tulburare de limbaj nu există în sine, ci se produce în urma contactului social al individului. În acest context, autorii respectivi sunt de părere că a analiza cu profunzimea necesară problema socială, poate duce la „cristalizarea şi cronicizarea ei" (Haley), iar centrarea excesivă pe un simptom determină fixarea acestuia şi în loc să contribuim la ştergerea lui, dimpotrivă, facilităm întreţinerea acestuia pe mai departe.

Planul comunicaţional relevă unele întârzieri în dezvoltarea motricităţii grosiere, dar mai ales a celei fine. Mişcările sunt slab coordonate şi imprecise, iar la nivelul aparatului fonator apar frecvent desincronizări între elementele care participă în pronunţie, accentuând dificultăţile de emitere. Scrisul şi desenul se desfăşoară prin mişcări rigide, ceea ce le dă un aspect tremurat şi o proastă organizare în spaţiul paginii. Adeseori, stângăciile din scris şi din desen sunt accentuate şi de o lateralitate manuală imprecis fixată, de unde şi dificultăţi de percepere corectă a schemei corporale. Toate acestea îl irită pe copil şi îi creează un disconfort afectiv care, prin persistenţa în timp, poate duce la instalarea unor tulburări pe acest plan. De remarcat că aici este un cerc vicios întrucât, la rândul lor, tulburările afective influenţează negativ fenomenul de integrare şi de organizare a mişcărilor.

Dacă întârzierea de limbaj este „simplă", se poate evalua, după unii autori (Launay, Estienne) prin observarea că aceasta dispare odată cu intrarea copilului în şcoală, astfel că el va avea o evoluţie normală. Dar sunt exprimate şi unele rezerve în legătură cu achiziţiile generale din planul psihic, pentru că poartă încă, pentru începutul şcolarităţii, amprenta lacunelor rămase din perioada preşcolară. Totuşi, dacă influenţele educaţionale curg normal, dificultăţile de început dispar treptat şi copilul înregistrează o evoluţie bună. ***Această evoluţie progresivă în planul lingvistic şi al achiziţiilor de la nivelul cogniţiei, odată cu intrarea copilului în şcoală constituie unul din indicatorii majori ce permit departajarea retardului verbal de disfazie, alalie şi afazie astfel încât diagnoza diferenţială câştigă în precizie şi în rigoare ştiinţifică.***

O relaţie directă poate fi stabilită între retardul verbal şi **mutismul electiv**, denumit şi **mutism psihogen** sau **mutism voluntar** încadrat de noi în categoria tulburărilor de dezvoltare a limbajului şi comunicării. Într-o astfel de formă de mutism, subiectul are posibilitatea să vorbească, dar refuză să o facă, pe o durată de timp mai lungă sau mai scurtă. Refuzul de a vorbi apare ca o reacţie negativă la unele situaţii sau de apărare faţă de factorii psihostresanţi sau nevrotici trăiţi la nivelul unei intensităţi maxime şi pe care subiectul nu-i poate depăşi pentru că nu are resursele necesare de adaptare iar prin nefolosirea comunicării verbale, retardul se instalează treptat.

Mutismul poate fi **total**, în sensul că subiectul refuză să vorbească cu toţi cei din jur, sau poate fi **selectiv,** când vorbeşte doar cu unele persoane, în timp ce cu altele, nu numai că refuză să vorbească, dar face şi efortul de a le nega. Mutismul electiv se poate manifesta şi la situaţii când unele din acestea pot să-i reactualizeze subiectului experienţe negative, de eşec şi lipsă de confort psihic, astfel încât îşi activează mecanismele de apărare prin evitarea lor. Şi într-un caz şi în altul, mutismul poate dura mai mult sau mai

puţin, de la zile, săptămâni, la ani de zile, marcând, astfel, evoluţia normală a comunicării.

Cum componenta psihologică este determinantă în producerea mutismului electiv, se poate deduce că prevenirea şi înlăturarea acestuia trebuie să se realizeze tot printr-o intervenţie din această perspectivă: crearea unui climat favorabil dezvoltării subiectului, înlăturarea situaţiilor stresante (inclusiv schimbarea terenului sau a colectivului ce l-a generat), schimbarea atitudinilor faţă de subiect, evitarea cu desăvârşire a sancţiunilor verbale sau de altă natură pentru refuzul de a vorbi, acordarea încrederii şi a încurajărilor ş.a.

Şi după înlăturarea mutismului electiv se menţin unele caracteristici ale sindromului de nedezvoltare a vorbirii, cum ar fi caracterul restrâns al vocabularului, folosirea unor propoziţii stereotipe sau insuficient de elaborate, adoptarea unei sintaxe de tip infantil, prezenţa unor dificultăţi de înţelegere în receptarea limbajului etc., dar care, cu timpul, tind să dispară şi să facă loc unei dezvoltări normale şi relaţionare prin comunicare.

Spre deosebire de mutismul electiv, **disfazia** are o serie de caracteristici prezente şi în retardul verbal, dar, ea se prelungeşte şi după 6 ani, cu tulburări ale limbajului de o complexitate sporită. După şcoala franceză, disfazia este o tulburare funcţională a limbajului, fără un substrat lezional, în timp ce pentru unii autori germani, asemenea deficienţe ale limbajului se prezintă ca fiind asociate infirmităţii motorii cerebrale.

Pornind de la studiile lui Inhelder şi colab. (1963), Ajuriaguerra (1965), Rigault şi Guyot (1969-1970) şi ale lui Beller (1973) Estienne (*op. cit.*, pag. 386) defineşte disfazia ca pe „un deficit de limbaj oral care se manifestă, în principal, începând cu vârsta de 6 ani, sub forma unei lipse de organizare a limbajului în evoluţie şi care se poate repercuta în limbajul scris sub forma unei dislexo-disgrafii, la subiecţii care sunt, de altfel, normal dezvoltaţi, fără nici o insuficienţă senzorială, motorie sau fonatorie, dar dotaţi cu o structură mentală deosebită, care ar împiedica ajungerea inteligenţei la stadiul analitic".

Ca urmare, spre deosebire de întârzierea „simplă" de limbaj şi care se recuperează printr-o dezvoltare ulterioară, în disfazie avem de-a face cu o structură de limbaj imperfect evoluată, ce nu se ridică la nivelul stadiului de normalitate şi având efecte nefavorabile în planul personalităţii şi al comportamentului.

După opinia lui Ajuriaguerra (1965), disfazia trebuie analizată prin raportarea simptomatologiei în trei paliere:

- palierul lingvistic;
- palierul organizării psihice;
- palierul organizării afective şi sociale.

Din punct de vedere al diagnosticului diferenţial, o evaluare complexă şi validă pentru a stabili departajările ce se impun în triada retard verbal, disfazie şi alalie, devine cu adevărat credibilă, dacă copilul este examinat şi dincolo de vârsta de 6 ani. Totuşi, trebuie să subliniem că specialistul cu experienţă poate aprecia, cel puţin, ipotetic, direcţia de evoluţie a copilului cu retard verbal încă din perioada preşcolară.

Alalia sau audimutitatea exprimă un deficit de limbaj mult mai grav şi mai extins decât în primele două tulburări. Comunicarea copilului se rezumă la folosirea mijloacelor extralingvistice, pentru că nu poate vorbi sau, în cazuri mai fericite, utilizează câteva cuvinte, de obicei monosilabice, ceea ce denotă o sintaxă simplificată. Deficitul de

limbaj nu este determinat de o deficiență auditivă şi nici de una intelectuală de tip oligofrenic, cu toate că se poate vorbi de unele întârzieri în planul intelectului, dar ele sunt un efect nemijlocit al lipsei comunicării verbale ce nu facilitează accesul la achiziția informațiilor. Dovadă este şi faptul că recuperarea cogniției se face în paralel cu achiziția limbajului.

În literatura de specialitate, această deficiență este înțeleasă ca tulburare severă în elaborarea limbajului (**Launay**, 1972) şi nu ca o afazie congenitală (**Broadbend**, 1954), pentru că alalia nu se supune regulilor surdității verbale şi nici a afaziei congenitale. (**Ajuriaguerra**, 1958).

Atât în disfazie, cât mai ales în alalie, se poate aprecia ca trăsătură specifică deficitul simptomelor de limbaj şi comunicare ce este extrem de sever (sau grav) şi, ca urmare, împiedică achiziția limbajului şi determină persistența limitării în dezvoltarea normală a comunicării verbale. În ambele cazuri de disfazie şi alalie, se produce o abatere de la dezvoltarea normală a limbajului, abatere evidentă sub raportul fonologiei şi sintaxei, în timp ce în retardul verbal, simptomele sunt mai mult de ordin cantitativ, fapt ce le conferă o situație de generalitate şi mai puțin de specificitate, permițând, astfel, o compensare şi recuperare mai rapidă şi cu un efort mai redus (**E. Verza**, 2009).

Pentru unii autori, termenul de disfazie este folosit şi pentru tulburările afazice manifestate incomplet sau parțial. *Pentru a departaja afazia de disfazie*, se obişnuieşte să se facă precizarea că în afazie se produc tulburări ale limbajului, ca urmare a lezării creierului sau că afectarea vorbirii se produce după ce aceasta a fost însuşită, ca urmare a unui accident vascular cerebral, în timp ce disfazia se limitează la disfuncționalitățile cerebrale (cu sau fără leziuni ale creierului) care implică dificultăți majore în achiziția vorbirii, în înțelegerea şi utilizarea limbajului. Termenul de disfazie acoperă, astfel, toate **tulburările de dezvoltare a limbajului** sau ale **retardului verbal**, deşi acestea din urmă sunt mult mai complexe şi variate, iar disfazia poate fi mai bine concepută ca o situație particulară şi înnăscută pentru incapacitățile verbale. De aici, menținerea unor confuzii nu numai între disartrie şi tulburările de dezvoltare ale limbajului, dar şi față de retardul verbal reclamat de disartrie, alalie, autism, de sindroamele deficienței mintale etc.

Dar unele confuzii posibile între disfazie şi afazie au fost sesizate şi de unii autori care au arătat că ele se pot produce atât pe linie etiologică, cât şi pe linie simptomatologică. Probabil că acesta este un motiv în plus de a vorbi de **afazia congenitală**. Dacă acceptăm ideea că orice afazie este determinată de o leziune a creierului şi că asemenea leziuni se pot produce şi la făt încă înainte de naştere, atunci, cu siguranță, putem vorbi de afazia congenitală, alături de **afazia dobândită**.

În afazia congenitală, ca şi în disfazie, se remarcă existența unor inabilități în formarea deprinderilor de exprimare şi dezvoltare a capacității de înțelegere a semnelor lingvistice. De obicei, aceste deficite debutează înaintea vârstei de 3 ani, adeseori, pe un fond de dezvoltare intelectuală normală, dar severitatea exprimării şi înțelegerii vorbirii este accentuată. ***În ambele tulburări, la nivelul exprimării, se produce o pronunție confuză şi neinteligibilă, ce poate merge până la absența acesteia şi se compensează cu o mimică şi gestică bogate.*** Aceste caracteristici sunt însoțite, în cele mai multe cazuri, de dificultăți în coordonarea mişcărilor voluntare ale musculaturii aparatului fonoarticulator,

amplificând dificultăţile de articulare şi de învăţare a cuvintelor, ca ulterior, vorbirea să devină laconică, telegrafică, stereotipă, însoţită de o gestică exagerată.

Chiar dacă auzul este relativ bun, copiii cu afazie congenitală au dificultăţi la nivelul înţelegerii limbajului ce variază în funcţie de gravitatea afaziei respective, de la înţelegerea slabă a unor noţiuni (în special abstracte), până la imposibilitatea localizării temporale şi spaţiale a semnificaţiei stimulilor verbali. Din aceasta, rezultă inabilităţile în formarea deprinderilor de limbaj scris-citit. Având în vedere o astfel de tratare, rezultă că **disfaziile** nu sunt altceva decât expresia unor tulburări relativ uşoare ale limbajului ce se întâlnesc în afazia congenitală. Dar trebuie să subliniem că majoritatea caracteristicilor evidenţiate, în ultimul timp, cu ocazia descrierii afaziei congenitale, au fost anterior citate pentru delimitarea termenilor de disfazie şi a sindromului de nedezvoltare a limbajului (după unii autori, de retard verbal).

În principiu, diferenţa dintre afazia congenitală şi afazia dobândită, constă în faptul că, în prima, subiectul nu are posibilitatea de a dobândi în mod normal limbajul, în timp ce în a doua, se pierd, parţial sau total, funcţiile limbajului şi, din punct de vedere psihologic, impactul acestui deficit este diferit asupra subiectului şi asupra familiei acestuia. Cele mai multe studii au demonstrat că în afazia dobândită se produc mai multe dereglări în planul personalităţii individului şi nu în ultimul rând, asupra celor apropiaţi subiectului care, de multe ori, nu îşi pot explica apariţia unor asemenea dificultăţi, aparent fără un motiv bine precizat, dar care bulversează întreaga activitate psihică şi comportamentală.

Bazându-se pe criticile elaborate de Kanner şi Creak (1964), Rutter ajunge la concluzia că simptomatologia autismului poate fi redusă la trei aspecte manifestate pe direcţiile:

- incapacităţii generale în dezvoltarea unor relaţii sociale constante;
- existenţei retardului sever la nivelul limbajului;
- prezenţei comportamentelor rigide şi compulsive.

Dar manifestările autismului nu pot fi tratate în afara criteriilor introduse de Leblanc şi Page, la care ne-am referit mai sus. Ele sunt mult mai variate şi au fost puse în evidenţă într-o serie de cercetări mai recente prin sublinierea că acestea afectează întreaga activitate psihică a subiectului. Astfel, trebuie remarcat că există o complexitate a autismului ce rezultă şi din manifestările multiple care se produc în toate palierele activităţii psihice. Din această perspectivă, cele mai importante anomalii ce se întâlnesc în autism pot fi grupate astfel:

- dificultăţi de limbaj şi comunicare;
- discontinuitate în dezvoltare şi învăţare;
- deficienţe perceptuale şi de relaţionare;
- tulburări acţionale şi comportamentale;

disfuncţionalităţi ale proceselor, însuşirilor şi funcţiilor psihice.

În autism, ***dificultăţile de limbaj şi comunicare*** poartă amprenta unui retard verbal sever ce manifestă de timpuriu prin lipsa unor relaţii adecvate la vorbire şi prin slabul interes manifestat în achiziţia limbajului de către subiect. Unul din fenomenele care atrag atenţia este şi acela că autiştii nu răspund la comenzile verbale şi au o reacţie întârziată la apelul numelui lor. Vorbirea se însuşeşte cu o întârziere mare faţă de normal şi cu o menţinere a pronunţiei defectuoase mai în toate împrejurările. Deşi în jurul vârstei

de 5 ani pot repeta unele cuvinte, unele sunete şi silabe, fenomenul ecolalic este evident dând impresia unui ecou mai cu seamă prin repetarea sfârşitului de cuvânt sau de propoziţie. După însuşirea relativă a limbajului, autiştii au tendinţa de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătură şi de a substitui un cuvânt cu altul apropiat ca semnificaţie sau utilitate. Vocabularul sărac şi tulburările de voce frecvente determină o vorbire economicoasă, lipsită de intonaţie şi flexibilitate, dezagreabilă. Comunicarea autistului este îngreuiată şi de prezenţa tulburărilor în planul recepţiei vorbirii şi de folosirea unei gesticulaţii relativ simplificate. Cum sunt prezente şi dificultăţile în planul ideaţiei, formulările verbale sunt stereotipe şi repetitive. Imaturitatea vorbirii şi a comunicării este accentuată şi de funcţionalitatea redusă a asociaţiilor ideative şi de anomaliile construcţiilor gramaticale. Se poate remarca şi existenţa unor bizarerii în alcătuirea propoziţiilor. Sunt şi unii autişti care au o oarecare capacitate de a utiliza concepte, ceea ce le permite o raportare mai realistă la obiectele şi persoanele cu care vin în contact. Aceşti copii nu numai că reţin simbolurile, dar manifestă şi o anumită capacitate de a le manipula. La ei vorbirea spontană este mai bine dezvoltată şi este însoţită de folosirea mai extinsă a limbajului non-verbal (gesturi, mimică, pantomimă) şi de o înţelegere aproximativă a comunicării în general. Dat fiind faptul că unele cazuri de autism se asociază cu handicapul mintal, dificultăţile de însuşire a limbajului şi comunicării pot fi atât de accentuate încât fenomenul ca atare îmbracă o formă reducţionistă comparabilă cu aceea a copiilor normali din ontogeneza timpurie. Dar sunt autişti care rămân muţi toată viaţa, dacă nu iau parte la programe speciale de educaţie.

Recurgând la comparaţia dintre retardurile verbale ale copiilor autişti şi a celor afazici, R. Leblanc şi J. Page sunt de părere că severitatea mai accentuată a retardului de limbaj în cazul autiştilor poate sta şi la baza unui diagnostic diferenţial la vârstele precoce. Un asemenea retard, după autorii amintiţi, se manifestă în următoarele patru situaţii mai deosebite:

a. folosirea limitată a limbajului pentru comunicarea interumană (incapacitatea în manifestarea funcţiilor limbajului, absenţa comunicării reciproce, nu prezintă interes pentru comunicarea de plăcere, neputinţa de a se exprima în afara contextului situaţional imediat);

b. inversiunea pronumelor personale;

c. prezenţa ecolaliei;

d. prezenţa dificultăţilor de înţelegere a limbajului.

Dificultăţile de comunicare şi relaţionare nu sunt susţinute nici de existenţa unui limbaj preverbal care să creeze posibilitatea exprimării emoţiilor şi a dorinţelor ce invadează viaţa copilului în perioadele mici de vârstă. Spre deosebire de copiii surzi, cei cu autism nu reuşesc să-şi dezvolte un limbaj nonverbal care să le permită să utilizeze în mod adecvat gesturile, mimica şi pantomima pentru a-şi exprima stările trăite şi nici nu-şi pot forma capacitatea de a înţelege şi interpreta astfel de expresii văzute la alţii. Adeseori, comunicarea nonverbală se reduce, în cazul copiilor autişti, la ţipete, la emiterea de zgomote dezagreabile şi la manifestări de reacţii de agresiune asupra celor din jur sau de autoagresiune din care lipsesc gesturile simbolice şi cele convenţionale. Aceste caracteristici deficitare îngreunează şi ele dobândirea abilităţilor de comunicare verbală.

Pornind de la ideea, justificată de altfel, că până în jurul vârstei de 4-5 ani este dificil sau chiar riscant să se adopte ferm un diagnostic de autism diferenţial faţă de grupa complexă a tulburărilor de dezvoltare, studiile şi cercetările axate pe copiii autişti de această vârstă sunt limitate şi inconsistente. Cum limbajul şi comunicarea, nivelul achiziţiilor acestor structuri, a etapelor pe care le parcurg acestea cu salturi şi stagnări în anumite condiţii de viaţă, cu semnificaţii pentru un anumit deficit cognitiv sau cu o întârziere temporală etc., comportă dificultăţi majore în care evaluarea riguroasă şi ştiinţifică a limbajului care stă la baza diagnosticării autismului infantil nu creează confortul preciziei diagnosticului adoptat şi nu au nici darul stimulării investigaţiilor din domeniu.

Trebuie subliniat că dificultăţile în achiziţia limbajului şi a comunicării nu se prezintă în mod izolat, ele fac parte dintr-un ansamblu de dereglări existente la nivelul tuturor palierelor activităţii psihice şi psihocomportamentale ceea ce îndeamnă la o analiză unitară a acestora şi justifică demersul adoptat de noi în acest capitol.

Încă din ontogeneza timpurie se constată că în achiziţia vorbirii apar diferenţe între copiii autişti şi copiii normali. Astfel, emisiile verbale nu numai că apar la autişti cu întârziere, dar ele au o frecvenţă mai redusă şi se limitează la vocalizări simplificate, ceea ce îngreunează comunicarea cu cei din jur. De aici şi o înţelegere deficitară şi o restrângere a interacţiunii cu mama. Complementar, şi comunicarea nonverbală nu are darul să suplinească dificultăţile verbale. Mai târziu, la unii autişti, se poate manifesta intenţia de comunicare, dar nici ei nu reuşesc să o ducă la bun sfârşit, pentru că nu dispun de capacităţile verbale necesare şi manifestă o inabilitate evidentă în menţinerea dorinţei până la atingerea scopului comunicării.

Dificultăţile de limbaj şi comunicare pot fi rezumate la patru aspecte principale:

a. nedezvoltarea vorbirii şi incapacitatea aproape totală de a o utiliza (nu apar cuvinte până la 2 ani şi nici propoziţii până la 3 ani, iar când apar cuvinte ele sunt formulate neadecvat din punct de vedere gramatical);
b. apar dificultăţi de a întreţine o conversaţie (nu poate întreţine un dialog ci doar o tendinţă de a vorbi continuu, dar poate răspunde parţial la întrebările ce îi sunt adresate direct);
c. foloseşte un limbaj repetitiv (de tipul ecolaliei prin repetarea a ceea ce aude);
d. existenţa unor dificultăţi de simbolizare şi înţelegere a mesajelor verbale transmise sau recepţionate ş.a.

* * *

La ultima categorie a tulburărilor de limbaj şi comunicare, a şaptea, anunţată în clasificarea noastră (ce se referă la tulburările bazate pe disfuncţii psihice) nu mai facem referiri în mod separat deoarece aceste tulburări au fost, sintetic, analizate în ultimele două paragrafe şi, mai cu seamă, cu ocazia analizei afaziei, dar şi pentru faptul că ele apar pe un fond al existenţei unor afecţiuni neuropsihice pe care noi l-am subliniat deja. Pe de altă parte, facem precizarea că toate aceste tulburări sunt mai grave şi mai frecvente când apar pe fondul altor deficienţe (de intelect, de auz etc.)

BIBLIOGRAFIE

AJURIAGUERRA, J., GUIGNARD, F., 1965, *Evolution et pragnose de la dysphasie chez l'enfant, Psychiatrie de l'enfant,* VIII, 319-453.

AJURIAGUERRA, J. AUZIAS, M., DENNER, A., 1980, *Scrisul copilului*, vol. I, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

AJURIAGUERRA, J. AUZIAS, M., DENNER, A., 1980, *Scrisul copilului*, vol. II, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

BLUEMEL, C.S., 1932, *Primary and secondary stammering*, Quart, Journal of speech, 18.

BOGDAN I.C., 2001, *Foniatrie clinică, vocea*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

BOREL-MAISONNY, S., 1973, *Langage oral et écrit II, Epreuves sensorielles et tests de langage,* Paris, Editions Delachaux et Niestle.

BOŞCAIU, EMILIA, 1983, *Bâlbâiala, prevenire şi tratament*, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.

BURLEA, GEORGETA, ENACHE ANGELA MARIANA, ZANFIRACHE, ANTOANETA, 2003, *Bâlbâiala, Manual de diagnostic şi terapie*, Chişinău, Ed. Tehnica-Info.

CALAVREZO, C., 1967, „Metode şi procedee pentru corectarea disgrafiei şi dislexiei", în *Tulburările limbajului scris*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

CRITCHLEY, M., 1972, *The Dyslexic Child,* London, William Heineman Medical Books Limited.

DĂNILĂ,L., GOLU, M., 2006, *Tratat de neuropsihologie*, vol. 2, Bucureşti, Editura Medicală.

EGLAND, G.O., 1963, „Repetition and prolongation in the speech of stuttering and nonstuttering children", în Johnson W., *Stuttering in children and adults*, Univ.of Minnesota Press, Minneapolis, pp.181-189.

EINSENSON, J., 1963, *Disorders of language in children,* Journel of Pediatrics, 63, 20-24.

ESTIENNE, F., 1989, „Retard de langage, dysphasie et audi-mutité", în *Troubles du langage – diagnostic et réeducation*, Bruxelles, Ed. P. Mardaga.

FRŐESCHELS, E., 1931, *Lehrbuch der Sprachheilkunde*, Leipzig und Wien, F. Deuticke.

FRÖESCHELS, E., 1961, *New viewpoint on stuttering*, Folia Phoniatr. Nr. 13, pg. 187-201.

GÂRBEA ŞT., PITIŞ M., 1978, *Patologie vocală*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

GOLU, M., VERZA, E., 1970, „Consideraţii metodologice în legătură cu fenomenul de lateralizare şi influenţa lui asupra dezvoltării limbajului", în *Analele Universităţii Bucureşti*, Seria Psihologie.

GUTZMANN, H., 1906, *Das Stottern und reine grüdlicke Beseitigung,* Berlin, Verlag, E. Staude, G. Auflage.

HVATŢEV, M., 1959, *Logopedia*, Moscova (traducere litografiată, Biblioteca Ministerului Educaţiei).

JAKOBSON, R., HALLE, M., 1956, *Fundamentals of Language's Gravenhage*, Haga, Mouton&Cie.

KREINDLER, A. FRADIS, A., 1970, *Afazia,* Bucureşti, Ed. Academiei Republicii Socialiste România.

LAUNAY, C., 1965, *Les retards d'elaboration du language sans déficient intellectuel, ni auditif, ni moteur,* Press Medicale, 73, 421-430.

LUCHSINGER, R., ARNOLD, G.E., 1959, *Lehrbuch der Stimm und Sprachheilkunde*, Wien, Sprienger-Verlag.

LURIA, A.R., 1963, *Restoration of function after brain injury*, New York: McMillan.

LURIA, A., 1962, *Virşie korkovie psihiceskie funkţii celoveka*, Moskva, Izd., MGU.

PICHON, E., BOREL-MAISONNY, S., 1971, *Le begaiment. La nature et son traitement.* Paris, Ed. Masson.

RONDAL, J.A., SERON X., coord., 1989, *Troubles du langage – diagnostic et rééducation*, Liège – Bruxelles.

SEEMAN, M., 1959, *Sprachstorungen bei Kindern*, Jena Haale, Veb. Carl Marhold, Verlag.

SEEMAN, M., 1965, *Sprachstorungen beikindern, 2 Überarbeitete Auflage,* Berlin şi Jena, VEB Verlag und Gesundheit.
VAN RIPER, C., 1963, *Speech correction principles and methods*, Ed. IV, Londra, Constable.
VERZA, E., 1969, „Etape în educarea limbajului copiilor alalici", în *Studii de psihologie*, Bucureşti, Tipografia Universităţii din Bucureşti.
VERZA, E., 1977, *Dislalia şi terapia ei*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
VERZA, E., 1983, *Disgrafia şi terapia ei*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
VERZA, E., 2003, *Tratat de logopedie*, vol. I, Bucureşti, Ed. Fundaţiei Humanitas.
VERZA, E., 2004, „Diagnoza diferenţială în retardul verbal şi în disfazie", în *Revista de psihopedagogie*, nr. 2.
VERZA, E., 2009, *Tratat de logopedie*, vol. II, Bucureşti, Ed. Semne.
VERZA, E., VERZA F. E., 2000, *Psihologia vârstelor,* Bucureşti, Ed. Pro Humanitate.
VLASOVA, N.A., 1958, *Munca logopedului cu preşcolarii bâlbâiţi,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
WINEGATE, M.E., 1970, „Effect on stuttering of charges in audition", in *Journal of speech and hearing research*, 13, pp. 861-873.

CAPITOLUL XII
DEFICIENȚA NEUROMOTORIE

Psihopedagogia recuperării persoanelor cu deficiențe neuromotorii este un domeniu interdisciplinar ce se ocupă de problematica acestor persoane, având în vedere restabilirea funcțiilor restante, compensarea funcțiilor alterate și formarea deprinderilor adaptativ-integrative, cu scopul integrării socio-profesionale cât mai adecvate. În general, se consideră că prezintă deficiențe neuromotorii acele persoane cărora, aceste dizabilități, le fac dificilă derularea normală a vieții cotidiene. La copil, aceste dizabilități prezintă și riscul de a-i limita mobilitatea, de a-i întârzia dezvoltarea motorie, inclusiv dezvoltarea mintală și a limbajului, de a-l priva de contacte și experiențe indispensabile în dezvoltarea lui normală pe plan intelectual, social sau afectiv. Acest fapt presupune cunoașterea stadiilor dezvoltării normale a copilului și semnele abaterilor de la normal, încă din primele luni de viață și restabilirea capacităților funcționale prin kinetoterapie, recuperarea limbajului prin terapii logopedice, precum și crearea unor condiții de desfășurare a activităților specifice copiilor de aceeași vârstă, de participare egală la activitățile școlare, de joc, sociale.

Recuperarea capacităților funcționale este un deziderat și pentru adultul care a pierdut aceste capacități, fapt care-i afectează calitatea vieții și îndeplinirea rolului social.

Așadar, în recuperarea persoanelor cu dezabilități, un rol principal îl are kinetoterapeutul, dar pentru că menținerea unei stări psihice normale și comunicarea cu ceilalți reprezintă condiții esențiale în obținerea unei capacități morfofuncționale maxime, în raport cu gravitatea dizabilității, un rol important îl au și psihopedagogul și logopedul, care trebuie să cunoască stadiile dezvoltării normale ale copilului în plan motor, cognitiv, afectiv, social, să evalueze, din toate punctele de vedere, nivelul la care se află persoana cu dizabilități. Intervenția psihopedagogică se impune și ca urmare a faptului că mijloacele medicale de tratament, spitalizarea prelungită, atitudinea neadecvată a celor din jur pot determina o serie de tulburări în planul personalității care îngreunează procesul de recuperare și de adaptare. Procesul de recuperare este influențat și de dorința de colaborare, de starea sa psihică, de voința subiectului, astfel încât calitățile și problemele sale, în plan psihic, trebuie să fie bine cunoscute înaintea inițierii acțiunilor terapeutice.

De asemenea, este necesar ca psihopedagogul să urmărească evoluția psihică pe parcursul procesului de recuperare, dat fiind faptul că unele traume ce pot interveni în procesul de recuperare pot produce degradări ale stadiului de recuperare atins.

În acest studiu, problematica recuperării persoanelor cu deficiențe neuromotorii va fi abordată în contextul ariei de preocupări, de competențe specifice pentru psihopedagogia specială, cu descrierea principalelor sindroame și maladii care sunt la originea deficiențelor neuromotorii, cu evidențierea altor tulburări și în special a acelor tulburări de limbaj ce apar, frecvent, în asociere cu dizabilitățile neuromotorii, insistând

asupra metodelor de corectare sau de recuperare a tulburărilor de limbaj, în funcţie de specificul şi momentul apariţiei tulburării.

Această abordare se impune ca urmare a lărgirii ariei de preocupări a psihopedagogului special care, în recuperarea persoanelor cu dizabilităţi neuromotorii, poate lucra în echipă cu specialişti kinetoterapeuţi. Intervenţia logopedică specializată se resimte, mai ales, pentru adulţii care, în urma unor accidente sau maladii degenerative, pentru a putea duce o viaţă normală, pe lângă recuperarea funcţiilor motorii, necesită şi o recuperare a limbajului, deziderat ce se poate realiza printr-o colaborare a logopedului cu alţi specialişti, în special kinetoterapeuţi.

1. ETIOLOGIA ŞI CLASIFICAREA TULBURĂRILOR NEUROMOTORII

Tulburările neuromotorii sunt provocate de leziuni la nivel cerebral, la nivelul măduvei, al nervilor periferici sau de afecţiuni musculare (miopatii) şi se pot întâlni la orice vârstă. Cele mai frecvente tulburări neuromotorii sunt cauzate de leziuni, ale căilor şi centrilor motori ce coordonează actele motorii, cele mai întâlnite atât la adult, cât şi la copil fiind cele provocate de pareze sau de paralizii. Paralizia constă în lipsa totală a capacităţii de mişcare în organul respectiv şi se manifestă, de obicei, la membrele superioare sau la cele inferioare. Prin pareză se înţelege tulburarea funcţională motorie ce se manifestă prin slăbirea, dar nu prin pierderea ei completă. Paraliziile şi parezele se împart:

- monoplegii sau monopareze, în care este afectat total sau parţial un singur organ motor;
- paraplegii sau parapareze, în care sunt afectate fie membrele superioare, fie cele inferioare;
- tetraplegii sau tetrapareze, în care este afectată mişcarea la nivelul tuturor membrelor;
- hemiplegii sau hemipareze cu afectarea membrelor superioare şi inferioare de aceeaşi parte a corpului.

În funcţie de localizarea leziunii, paraliziile sau parezele se clasifică în centrale şi periferice. În tabloul clinic al acestora există o serie de particularităţi după care se poate stabili localizarea leziunii. La paraliziile centrale sunt caracteristice tonusul ridicat al articulaţiei (hipertonie), exagerarea reflexelor osteotendinoase, prezenţa reflexului patologic Babinski. Nu se constată atrofia musculară la membrul paralizat. În paralizia periferică, se observă un fenomen contrar: limitarea sau absenţa reflexelor osteotendinoase, scăderea tonusului muscular în articulaţie (hipotonie), scăderea volumului muşchilor (hipotrofie).

În paraliziile centrale, ca urmare a afectării neuronului motor central, în funcţie de întinderea şi de gravitatea leziunii, tulburările motorii pot fi asociate cu alte tulburări: mintale, senzoriale, de limbaj.

În paraliziile periferice, nefiind atins cortexul, intelectul şi căile senzoriale nu sunt afectate, iar vorbirea este afectată numai dacă leziunile se extind şi la nivelul trunchiului cerebral.

2. TULBURĂRI MOTORII DE NATURĂ CENTRALĂ

Se pot întâlni atât la copil, cât şi la adult şi apar în urma afectării marilor sisteme motorii: piramidal, extrapiramidal şi cerebelos.

Leziunile ce implică sistemul piramidal se întâlnesc, mai frecvent, din cauza faptului că tractul piramidal se întinde la nivelul întregului creier, fapt care îl face susceptibil la afecţiuni traumatice sau vasculare la orice nivel al sistemului nervos central. Axonii sistemului piramidal, destinaţi nucleilor motori spinali, formează tractul cortico-spinal, leziunile la acest nivel producând pareze sau paralizii de tip central, ale căror manifestări au fost menţionate, iar cei destinaţi nucleilor motori din trunchiul cerebral formează tractul corticobulbar sau corticonuclear, ale căror leziuni determină pareze de tip pseudobulbar, cu afectarea mişcărilor muşchilor implicaţi în masticaţie, deglutiţie, fonaţie, pronunţie. La originea acestor leziuni, la adulţi, pot fi accidentele vasculare cerebrale, traumatismele, tumorile vasculare, bolile infecţioase sau bolile demielinizante (conţinând fibre mielinice, tractul piramidal este foarte sensibil la demielinizare).

Tulburările motorii de tip extrapiramidal apar ca urmare a unor anomalii ce determină funcţionarea deficitară a ganglionilor bazali: nucleul caudat şi putamenul (neostriatul), globus pallidus sau paleostriatul, nucleul subtalamic şi substanţa neagră. Dizabilităţile motorii sunt determinate de pierderea controlului inhibitor, exercitat de neostriat asupra paleostriatului, ce se manifestă prin incapacitatea de a împiedica efectuarea unor acţiuni pe care nu doreşte să le execute (mişcări involuntare anormale adesea însoţite de o reducere a tonusului muscular), manifestări specifice sindromului diskinetic.

Alte tipuri de dizabilităţi apar ca urmare a pierderii controlului normal exercitat de substanţa neagră asupra striatului şi se manifestă printr-o sărăcie a mişcărilor (akinezie), însoţite de o creştere a tonusului muscular ce determină sidromul rigido-akinetic.

Diskineziile şi sindromul rigido-akinetic sunt cei doi poli care delimitează spectrul tulburărilor motorii extrapiramidale, manifestările motorii globale la nivelul membrelor întâlnindu-se şi la nivelul celor legate de exprimarea verbală (mişcări respiratorii, fonatorii şi articulatorii).

Sindromul hipoton-hiperkinetic se manifestă, clinic, în mai multe afecţiuni: coreea acută Sydenham , coreea cronică Huntington sau atetoza.

Coreea acută este o afecţiune de natură infecţioasă, reumatismală, localizată în nucleii striaţi cu debut între 6 şi 15 ani fiind mai frecvent întâlnită la fete.

Coreea cronică, descrisă de George Huntington în anul 1972, este o afecţiune degenerativă şi eredofamilială cu atrofia bilaterală a nucleului caudat şi a putamenului, cu manifestări asemănătoare ale coreei acute.

Mişcările coreice sunt simptome principale: mişcări involuntare la nivelul membrelor, dând diferite poziţii cu caracter trecător la nivelul segmentelor corpului, inclusiv la nivelul musculaturii feţei ce determină diferite grimase care cuprind şi musculatura limbii care, uneori, este proiectată afară din gură, a faringelui, laringelui, a muşchilor intercostali cu perturbare respiratorie, fonetică, articulatorie, cu manifestări specifice disartriei extrapiramidale hipoton-hiperkinetice.

Mersul este caracteristic: ţopăit, dansat, ca urmare a mişcărilor involuntare ale membrelor inferioare, face câţiva paşi repeziţi, aruncând picioarele, apoi se opreşte brusc. În timpul mersului, mişcările involuntare ale membrelor superioare şi grimasele faciale se accentuează. Faţa prezintă aspecte bizare, care nu sunt corespunzătoare unei stări afective. În coreea Huntington, mişcările coreice sunt mai bruşte, mai ample, dar mai puţin rapide decât cele din coreea Sydenham.

Sindromul hiperton-hipokinetic se întâlneşte în maladia Parkinson, denumită astfel după numele lui James Parkinson, care a descris-o în 1817 şi care este o afecţiune degenerativă a sistemului nervos central, fără a i se cunoaşte precis cauza (sindrom parkinson idiopatic), lezarea principală fiind în substanţa neagră, stabilindu-se, prin studii neurochimice, că maladia Parkinson este consecinţa degenerării neuronilor dopaminergici din substanţa neagră, cantitatea de acetilcolină din striat fiind normală, în esenţă parkinsonismul fiind un sindrom de striat produs, pe de-o parte, de deficitul de dopamină, ce determină hipokinezie, iar pe de altă parte, de dezechilibrul din balanţa dopamină/acetilcolină cu creşterea tonusului colinergic (hipertonie), fiind imaginea în oglindă a coreei Huntington, care este tot o maladie degenerativă. Semnele clinice ale maladiei Parkinson apar după o pierdere mai mare de 50-60% din neuronii nigrali şi o scădere cu 80-85% a concentraţiei de dopamină din striat (**Weatherall**, 2000). Tulburările motorii se manifestă prin trei semne esenţiale: **hipokinezie, hipertonie** şi **tremor.**

Hipokinezia se manifestă prin dificultăţi în iniţierea şi desfăşurarea unei activităţi motorii spontane, prin reducerea mobilităţii mişcărilor.

Mişcările sunt încetinite, mersul se realizează cu paşi mici şi mai înceţi, ce devin din ce în ce mai rapizi, precipitaţi, cu tendinţa de a târâ picioarele pentru că nu le mai poate ridica la fel de sus, ca înainte, din cauza reducerii mobilităţii. Opritul brusc sau schimbarea direcţiei de mers sunt dificile întâlnindu-se riscul de a cădea. Uneori, mersul se declanşează cu dificultate (abazie), este trepidant, făcând câţiva paşi pe loc (abazie trepidantă). La unii, se întâlneşte fenomenul de akinezie paradoxală (oprire bruscă în timpul mersului) când întâlneşte obstacole minime sau când vrea să iniţieze un gest, după care nu-şi mai poate relua mişcarea o perioadă de câteva secunde sau chiar minute, iar odată pus în mişcare nu se mai poate opri (festinaţie). Akinezia tinde să se agraveze, când se află într-un mediu nefamiliar.

O altă manifestare a hipokineziei este micrografia, slăbirea şi micşorarea semnelor grafice .

Diminuarea automatismelor motorii, clipitul rar, pierderea de amploare a balansului membrelor superioare în timpul mersului sunt semne timpurii ale maladiei Parkinson.

Hipertonia (exagerarea tonusului muscular) se caracterizează printr-o rezistenţă la mobilizarea pasivă a diferitelor segmente corporale. Tonusul muscular este accentuat în postură şi determină o atitudine generală particulară, cu membrele inferioare în flexie, iar cele superioare lipite de corp şi flectate, umerii aduşi, spate cocârjat, cu aspect de „semn de întrebare” în ortostatism.

Tremorul este un semn iniţial şi are o localizare distală, mai ales la membrul superior, este un semn distinctiv „tremor în repaus”, tinde să survină când corpul este în repaus şi se atenuează în timpul mişcărilor voluntare, în stări de emoţie şi stres şi dispare în somn. La membrele superioare, se manifestă prin gestul de „numărare a banilor” sau

prin mişcări de pronaţie-supinaţie ritmice, iar la cele inferioare, prin cel de bătaie a tactului. Tremorul se extinde şi la nivelul feţei.

Tremorul şi rigiditatea mişcărilor pot supune musculatura unui stres mai mare, făcând muşchii să lucreze mai greu în scopul iniţierii sau ducerii la capăt a acţiunii care durează mai mult şi obosesc mai repede. Activităţile care înaintea declanşării maladiei se făceau automat, acum necesită eforturi conştiente mari, ce pot fi foarte obositoare.

Sindromul cerebelos apare în urma afecţinuilor cerebelului sau ale căilor cerebeloase, şi care sunt provocate de atrofii cerebeloase eredo-familiale, cum este maladia Friedreich, de tumori cerebeloase, de boli demielinizante, cum este scleroza multiplă, de boli infecţioase (encefalite de diferite origini în care localizarea procesului infecţios este în cerebel), de intoxicaţiile cerebeloase cu alcool etilic, de traumatisme cerebeloase etc. Atingerile cerebeloase determină ataxia cerebeloasă, care este o tulburare a coordonării, fără a fi afectată forţa musculară, dar care afectează direcţia şi amplitudinea mişcărilor voluntare. Ataxia cerebeloasă se caracterizează prin dismetrie (dificultăţi în reglarea amplitudinii mişcării, de a acţiona cu precizie), asinergie(dificultăţi de coordonare între mişcările trunchiului şi ale membrelor), discronometrie (retard în începerea şi prelungirea excesivă a mişcărilor), adiadocokinezie (dificultăţi în realizarea mişcărilor alternative), tulburări de echilibru static şi dinamic şi disartrie cerebeloasă.

3. SPECIFICUL TULBURĂRILOR NEUROMOTORII LA COPII CU INFIRMITATE MOTORIE DE ORIGINE CEREBRALĂ (IMOC)

Tulburările motorii de origine cerebrală, apărute la debutul vieţii în urma unor factori nocivi din perioada prenatală, perinatală sau după naştere, în literatura de specialitate au fost înglobate sub denumirea de paralizie cerebrală infantilă, aceasta fiind o dezordine permanentă şi non imuabilă a posturii şi a mişcării cauzată de o disfuncţie a creierului înainte ca dezvoltarea şi creşterea să fie completă. Această definiţie a fost dată la Berlin, în 1966, şi confirmată la Edinburg, în 1969, în cursul seminariilor cu privire la terminologia paraliziilor cerebrale. Din această definiţie pot fi reţinute patru noţiuni esenţiale (**Cahuzac**, 1980):

- dezordine permanentă, adică e definitivă dar non evolutivă;
- non imuabilă, deci susceptibilă la ameliorări;
- absenţa referinţei la nivelul mental, deci predominantă e tulburarea motorie;
- posibilitatea apariţiei în timpul perioadei de creştere cerebrală, fără referire la o etiologie precisă.

Din cauza faptului că nu toţi cei care prezintă tulburări motorii cerebrale sunt şi paralizaţi (**Lambert** şi **Seron**,1989), Tardieu propune folosirea termenului de IMC, ulterior introducându-se sintagma „de origine”, astfel că în prezent se utilizează termenul de „infirmitate motorie de origine cerebrală” (IMOC). Acest termen înglobează toate atingerile cerebrale survenite înaintea vârstei de 6 ani, în care elementul motor este esenţial oricare ar fi handicapul asociat (intelectual sau senzorial, **Cahuzac**,1980). Când elementul intelectual domină tabloul clinic şi elementul motor este nul sau secundar, se utilizează termenul de encefalopatie. În IMOC nu este niciodată o dizabilitate motorie izolată, totdeauna se adaugă tulburări asociate (senzoriale, de intelect sau de limbaj) care

fac mai dificilă reeducarea şi mai lent şi mai restrâns progresul. Infirmităţile motorii de origine cerebrală sunt generate de o serie de factori care acţionează asupra creierului copilului fie în perioada intrauterină, fie în timpul naşterii, fie după naştere.

În perioada prenatală, agenţii patogeni ai infirmităţilor motorii de origine cerebrală sunt:

- infecţii virale materne în primele trei luni de sarcină, ce afectează embrionul, determinând encefalopatii, ca: rujeola, rubeola, varicela, gripa care se complică la embrion cu encefalite secundare, deşi efectele acestora asupra mamei pot să nu fie nocive;
- traumatismele abdominale ale mamei care lezează embrionul sau fătul;
- incompatibilitatea factorului Rh ce poate provoca icter prelungit care provoacă leziuni la nivelul nucleilor cenuşii centrali fiind la originea sindromului atetozic;
- embriopatii sau fetopatii parazitare (toxoplasmoza);
- intoxicaţii ale mamei cu alcool, nicotină, prin abuz de medicamente;
- boli endocrine şi metabolice ale mamei (diabet);
- boli hepatice şi renale ale mamei;
- iradiaţiile mamei în perioada sarcinii;
- carenţe nutritive şi vitaminice ale mamei.

Factorii perinatali lezează creierul copilului fie prin traumatizare directă, fie prin tulburări circulatorii cerebrale de tip hemoragic sau ischemic, fiind la originea a aproximativ 55% dintre encefalopatiile infantile (**Popoviciu**, 1993):

- naşterile laboriase, prelungite care pot genera asfixie;
- anomalii ale cordonului ombilical sau circulara de cordon ombilical, când este înfăşurat de două trei ori în jurul gâtului provocând asfixia albastră;
- traumatismele obstetricale, aplicaţia de forceps;
- prematuritatea, prin leziunile pe care le poate produce o naştere prematură, favorizând apariţia hemoragiei cerebrale.

Printre factorii postnatali care acţionează în primii ani de viaţă enumerăm:

- bolile infecţioase ca meningita, encefalita;
- traumatismele cranio-cerebrale ce produc leziuni vasculare, determinând hemoragii cerebrale sau ischemii;
- intoxicaţiile cu alcool, cu substanţe toxice (mercur, plumb), cu gaze toxice (monoxid de carbon).

În funcţie de formaţiunile sistemului nervos care au fost afectate, consecinţele acestor leziuni prezintă un tablou clinic diferenţiat putându-se descrie trei sindroame principale ale IMOC: sindrom spastic, sindrom diskinetic şi sindrom ataxic.

Sindromul spastic, forma cea mai frecventă (50-60% din totalul IMOC, Popoviciu, Arseni, 1993), prezintă semnele neurologice corespunzătoare manifestărilor piramidale clasice, hipertonia spastică fiind considerată simptomul central al sindromului piramidal. Spasticitatea este o anomalie funcţională ce rezultă din creşterea reflexului de întindere. În spasticitate, activitatea motorie reflexă (care este inhibată prin sistemul piramidal), este eliberată. Deci, spasticitatea este rezultatul unor afecţiuni ale sistemului

piramidal, care, când este lezat, duce la exagerarea reflexelor miotatice şi la o contractură prin hipertonie a fibrelor musculare fusoriale prin intermediul fibrelor gama. Această hipertonie este repartizată la muşchii cei mai voluntari, adică muşchii flexori ai membrelor superioare şi la muşchii extensori ai celor inferioare, fiind responsabiă de o atitudine caracteristică la nivelul membrelor superioare: rotaţia internă a cotului în demiflexie, degetele, de asemenea, în flexie, mâna în pronaţie.

Membrele inferioare sunt în extensie, coapsa în rotaţie internă, picior în varus equin, cu modificarea reflexului cutanat plantar (sindromul Babinski). Spasticitatea are o topografie diferenţiată, în funcţie de localizarea leziunii:

- ***Hemiplegia spastică*** este forma cea mai frecventă de paralizie cerebrală, spasticitatea manifestându-se la membrele din partea dreaptă sau stângă a corpului, cu afectarea cortexului, astfel încât aproximativ 40% dintre hemiplegici prezintă şi deficienţă mintală. Dominanţa cerebrală normală şi pentru limbaj se poate dezvolta în emisfera opusă, dacă afecţiunea apare devreme, după ce limbajul s-a constituit, atingerile corticale putând produce tulburări de limbaj de tip afazic.

  Tetraplegia spastică este provocată de leziuni emisferice bilaterale care fac ca aceasta să fie cea mai severă formă de paralizie cerebrală cu retard mental accentuat. Asfixiile perinatale severe duc la astfel de cazuri.
- ***Diplegia spastică*** se caracterizează prin prezenţa paraliziei la membrele inferioare, care sunt flectate, cu hipertonie musculară în adducţie a coapselor. Membrele superioare sunt mai puţin afectate, dar prezintă o scădere a dexterităţii. Intelectul poate fi destul de bine păstrat, dizartria spastică este foarte frecventă cu salivare abundentă. A fost descris de William Little în 1861 ca fiind o hipertonie spastică a membrelor asocită cu naşterile prenatale sau anormale.

În IMOC se cunoaşte şi forma infantilă a paraliziei pseudobulbare cauzate de leziuni inflamatorii, de hipoxie neonatală, ce se caracterizează printr-o paralizie labio-gloso-faringiană de tip central, asociată cu o dublă hemipareză.

Acest tip de paralizie (**Chevrie**, 1972) poate fi un element al unui tablou complex de IMOC, dar poate să se întâlnească şi la copiii care nu au sau au puţine tulburări ale membrelor sau ale axei corpului.

Particularităţile sindromului spastic determină o serie de modificări în plan psihic ale copilului care influenţează relaţiile acestuia cu mediul. Copilul spastic (**Cahuzac**, 1980) este un copil care trăieşte în teamă şi insecuritate. Teama permanentă de a cădea îl împiedică să participe la diferite activităţi, îi evită pe ceilalţi copii fiind un copil neadaptat, neadaptare ce se accentuează şi din cauza posibilităţilor intelectuale mai reduse.

Sindromul diskinetic, cu lezarea sistemului extrapiramidal, se manifestă la copilul cu IMOC sub forma unor mişcări involuntare coreice sau atetozice sau combinaţii ale acestora interesând cele patru membre, predominant membrele superioare precum şi musculatura limbii. Manifestările clinice pot fi decelate la scurt timp după naştere.

Sindromul diskinetic este mai puţin frecvent decât cel spastic (12,7%, Popoviciu, Arseni, 1993).

Mişcările atetozice sunt mişcări involuntare, aritmice şi iregulate care se pot manifesta în funcţie de solicitări. Nu apar de o manieră constantă şi permanentă, unele condiţii le atenuează, altele le exagerează. Sunt atenuate în condiţii de calm, repaus şi dispar în timpul somnului. Sunt exagerate în emoţii, în stimulări senzoriale sau când i se cere subiectului să menţină o anumită atitudine în timpul mişcărilor voluntare. Variaţia mişcării se explică prin contracţia decalată între muşchii agonişti şi antagonişti. În unele cazuri, remarcând că o mişcare antagonică poate diminua mişcarea involuntară, subiectul se fixează în această atitudine. Amplitudinea mişcării este mică, în general, căci se realizează, cel mai adesea, la nivelul extremităţilor. Mişcările atetozice sunt mişcări lente fapt ce le diferenţiază de mişcările coreice, care sunt mişcări rapide. Sunt mai accentuate la nivelul membrelor superioare (mâna în flexie-extensie, adducţie, abducţie) ce antrenează poziţii bizare ce apar şi la nivelul feţei care are un aspect particular cu faciesul excesiv de schimbător în expresiile sale, limba prezintă mişcări necontrolate. Prezintă tulburări de deglutiţie, sialoree, după câteva luni de la naştere apărând mişcări de răsucire, de împingere a limbii, care fac ca hrănirea să fie dificilă. Tonusul muscular este fluctuant, pe ansamblu, atetozicul este hipoton, hipotonie de fond în stare de repaus, cu hipertonii fluctuante, intermitente când efectuează mişcările voluntare (hipertonii de acţiune ce afectează muşchii antagonoşti, blocând mişcarea printr-un spasm mobil). Uneori, contracţiile involuntare imobilizează un segment al membrelor pe care îl fixează într-o atitudine anormală. Caracteristica esenţială în atetoză este că atitudinile vicioase sunt variabile în timp, nu permanente ca în spasticitate.

În plan psihic, atetozicul este emotiv, dar prezintă frecvent voinţă puternică, fapt ce facilitează contactul cu ceilalţi, cât şi recuperarea. Dar emoţiile sunt responsabile şi de apariţia spasmelor atetozice care îl fac nervos şi timid.

Din punct de vedere fiziopatologic, atetoza este provocată de leziunile corpilor striaţi (nucleul caudat şi putamenul) care au acţiuni inhibitorii asupra globus pallidus, care este centrul mişcărilor expresive şi reactive. Prin suprimarea acestei acţiunii inhibitorii, excitaţiile externe declanşază aceste mişcări atetozice. La originea atetozei poate fi icterul nuclear, provocat de incompatibilitatea factorului Rh, infecţii intrauterine, traumatisme cranio-cerebrale şi asfixii obstetricale cu afectarea ganglionilor bazali, intoxicaţii cu oxid de carbon. Atetoza dublă sau congenitală (Popoviciu, Arseni), deşi debutează intrauterin, nu este evidentă la naştere, mişcările atetozice devenind evidente după zece luni.

Din grupul diskinetic al IMOC face parte şi ***coreea congenitală*** **(Popoviciu,** 1993) care poate fi constatată din a şasea lună şi care constă în mişcări rapide de amplitudine variabilă dezordonate la nivelul trunchiului, membrelor şi la nivelul feţei, limbii pe un fond de hipotonie musculară, ce se aseamănă cu diskineziile din coreea acută Sydenham, care apare la copil după vârsta de 4-5 ani ca o complicaţie a reumatismului poliarticular şi cu coreea Huntington, care este o maladie degenerativă întâlnită la adulţi:

- mişcări dezordonate la nivelul membrelor, gâtului, trunchiului, cu grimase bizare la nivelul feţei, limbii şi maxilarelor ;
- expresia feţei se schimbă continuu, fără a reflecta starea afectivă sincinezii controlaterale;

- mers caracteristic, dansat, țopăit, cu pași repeziți, aruncând picioarele.

În formele mai severe, are loc și o dereglare a ritmului și amplitudinii respirației, hiperkinezia coreică afectând și mușchii intercostali și ai diafragmei. În plan psihic, se manifestă printr-o afectivitate labilă, irascibilitate, fatigabilitate psihică, apatie, indiferență, uneori râs nemotivat. Sindromul diskinetic în IMOC se poate manifesta uneori și prin mișcări asociate coreo-atetozice.

Sindromul ataxic din IMOC se caracterizează prin manifestări specifice pentru afecțiuni cerebeloase, tulburări de tonus (hipotonie), tulburări de echilibru static și dinamic, tulburări de coordonare a mișcărilor, dizartrie cerebeloasă.

Ataxia este o tulburare motorie neparalitică, în care mișcările sunt inadecvate scopului propus, cerebelul fiind considerat centrul coordonării mișcării și al controlului postural.

Sindromul ataxic poate să apară la copilul cu IMOC, dar și ca urmare a unor maladii ereditare, dar mai ales maladia Friedreich, ce apare la copil după vârsta de 10 ani. Sindromul ataxic poate să apară și la adult.

Ataxia din IMOC este cauzată de asfixia neonatală însoțită de ischemia tranzitorie, de tulburări în dezvoltarea cerebelului de natură congenitală sau de neuroinfecții ale micii copilării care pot provoca leziuni la nivelul cerebelului.

Forma ataxică a IMOC nu poate fi diagnosticată decât după primul an de viață. Copilul învață să meargă târziu (după 2 ani). Ortostatismul este posibil numai prin lărgirea bazei de susținere mersul este cu oscilații neregulate. Tot după 2 ani, se observă și dificultăți de coordonare, dismetrie, adiadocokinezie, vorbire sacadată.

La copilul cu IMOC aceste trei tipuri de sindroame nu se găsesc, în general, în stare pură, tulburările motorii prezentându-se asociate în grade variabile sau împreună cu tulburările senzoriale sau mintale. Sindromul spastic asociat cu cel atetozic se întâlnește în maladia Little, în care neîndemânarea de tip atetozic a membrelor superioare este asociată cu spasticitatea membrelor inferioare. Ataxia, asociată cu atetoza sau cu spasticitatea, se întâlnește, de asemenea, frecvent. În cazuri grave, se întâlnesc în același timp toate cele trei sindroame.

4. TULBURĂRILE MOTORII PERIFERICE

Tulburările motorii periferice sunt provocate de leziuni traumatice sau maladii cu afecțiuni la nivelul motoneuronilor spinali și bulbari, la nivelul mușchilor sau al joncțiunii neuro-musculare.

Neuronul motor periferic reprezintă calea finală a actului motor. Corpul celular al neuronului motor periferic (pericarionul) este situat în coarnele anterioare ale măduvei, pentru nervii spinali și în nucleii motori ai nervilor cranieni din trunchiul cerebral pentru nervii ce sunt în legătură cu mișcările legate de masticație, deglutiție, vorbire.

Fiecare neuron motor periferic inervează prin axonul său un grup de fibre musculare ce constituie o unitate motorie ale cărei dimensiuni variază în raport cu finețea și diferențierea mișcării. Măduva este situată în canalul vertebral care protejează corpul celular. Cu toate acestea, în urma unor accidente se pot provoca traumatisme vertebrale cu leziuni medulare. Cele mai fragile vertebre sunt cele cervicale care provoacă și cele

mai grave leziuni medulare. Afecţiunile medulare pot fi şi de natură infecţioasă sau degenerativă.

Afecţiunile neuronului motor periferic, în funcţie de localizarea leziunii (la nivelul pericarionului, rădăcinii, plexului sau nervilor) duc la instalarea unor paralizii având următoarele caracteristici:

- deficit motor limitat la un grup de muşchi corespunzător segmentului din motoneuronul afectat;
- paralizia este flască, spre deosebire de paralizia de neuron motor central, cu hipotonie şi hipotrofie musculară;
- reflexele osteotendinoase sunt diminuate sau abolite.

Dintre maladiile ce provoacă afecţiuni la nivelul neuronului motor periferic şi care sunt la originile unor tulburări de limbaj, vom face referire la sechelele de poliomielită, atrofiile musculare degenerative, miastenia gravis (cu afectarea joncţiunii neuromusculare).

Poliomielita este o maladie infecţioasă de natură virală, ce afectează substanţa cenuşie, cu leziuni acute ale coarnelor anterioare şi care se pot extinde şi la nivelul bulbului, fiind caracteristică vârstei copilăriei, cel mai frecvent apărând între 4-5 ani.

Poliomielita a constituit o problemă deosebită în primele decenii ale secolului trecut dar ale cărei agresiuni au fost reduse ca urmare a descoperirii vaccinului antipoliomielitic.

Specific pentru poliomielită (**Leapidevski**, 1964) este inegalitatea în ceea ce priveşte profunzimea leziunii. Alături de celulele complet afectate, se întâlnesc celule afectate parţial sau neafectate deloc. Paraliziile sunt flasce şi se extind, la început, pe o suprafaţă mai mare, iar apoi se concentrează într-un loc limitat sub forma unui defect stabil, cu atonia şi apoi atrofia muşchilor şi cu lipsa reflexelor tendinoase. Perioada de restabilire survine, de obicei, după şase săptămâni de boală. Restabilirea decurge inegal de obicei. Dacă la început boala afectează ambele picioare, mişcarea se restabileşte la unul singur. Ca rezultat al lezărilor inegale ale diferitelor grupe de muşchi, se produc contractări în articulaţii, din cauza tracţiunii muşchilor atrofiaţi de către cei sănătoşi, ceea ce duce la formarea poziţiilor vicioase, anormale. În extremitatea paralizată se poate produce şi atrofia oaselor, ce devin fragile. Ca urmare a defectului rămas, se produc modificări psihice: apar frecvent schimbări de dispoziţie, frică, oboseală rapidă. Capacitatea de mişcare e limitată din cauza deficitului motor, ca urmare şi informaţiile din mediul înconjurător sunt limitate, ceea ce influenţează asupra dezvoltării intelectuale deşi, de regulă, nu se observă insuficienţe mintale ca rezultat al maladiei.

Amiotrofia spinală progresivă (ASP) este o maladie ereditară, caracterizată prin degenerescenţa motoneuronilor din coarnele anterioare ale măduvei spinării şi adesea a celor din trunchiul cerebral, degenerescenţă ce antrenează atrofia celulelor musculare, emisferele cerebrale nefiind atinse. Pe măsura degenerării motoneuronilor ce transmit fibrelor musculare ordinul de contracţie, fibrele musculare pe care le inervează se atrofiază. La examenul clinic se constată o hipotonie constantă a membrelor, gâtului, trunchiului, o paralizie a muşchilor respiratori, mai mult sau mai puţin severă în funcţie de tipul afecţiunii, ce afectează muşchii intercostali şi ai diafragmei, lăsând să subziste o respiraţie abdominală, abolirea reflexelor tendinoase ale celor patru membre.

În funcţie de vârsta de apariţie a simptomelor şi a evoluţiei deficitului motor, se distinge o formă infantilă şi o formă juvenilă a amiotrofiei.

Amiotrofia spinală infantilă (ASI – maladia Werdnig-Hoffman) reprezintă una dintre cele mai frecvente boli genetice la copii, 1 la 20 000 de naşteri, (**Popoviciu, Arseni**, 1992). Debutează în primul an de viaţă, cu hipotonie masivă, generalizată, simetrică, paralizia flască putând fi însoţită şi de leziuni bulbare, prezentând tulburări de supt şi de deglutiţie, facies inexpresiv, limbă atrofică şi reflexe bulbare diminuate. În cele mai multe cazuri, debutează în primul an de viaţă, în formele uşoare supravieţuiesc până în adolescenţă.

Amiotrifia spinală, forma juvenilă (maladia Kugelberg-Welander), debutează în colilărie sau în adolescenţă cu evoluţie progresivă (uneori cu perioade de stagnare) afecţiunea începând la membrele inferioare afectând ortostatismul şi mersul, tulburările bulbare fiind întâlnite la 25% din cazuri (**Popoviciu, Arseni**,1992).

Paralizia bulbară progresivă (maladia Fazio-Londe, după numele celor care au individualizat-o clinic) este o afecţiune rară, cu caracter ereditar, caracterizată prin degenerarea neuronilor motori din trunchiul cerebral, cu paralizia muşchilor inervaţi de ultimele perechi de nervi cranieni. Apare la copii între 2 şi 10 ani sub o formă distinctă sau ca o variantă a sintromului Werding-Hoffman, cu tulbrări de deglutiţie, respiraţie, disartrie bulbară, căile corticonucleare nefiind afectate. Are o evoluţie foarte lentă, uneori cu perioade de stagnare (**Popoviciu, Arseni**, 1993).

Miopatia Duchenne, după numele celui care a descris-o, este o maladie ereditară caracterizată printr-o degenerescenţă musculară. Este cea mai frecventă şi mai severă distrofie musculară, cu afectarea şi a celulelor motorii din bulb. Nu afectează decât băieţii, gena anormală fiind localizată într-unul din cromozomii X ai mamei, fiind posibil de detectat înainte de naştere prin amniocenteză sau prin biopsie musculară. Miopatia Duchenne debutează între 3 şi 5 ani, muşchii membrelor inferioare fiind primii afectaţi, apoi şi cei ai membrelor superioare cu dificultăţi din ce în ce mai mari de a se mişca. Afecţiunea membrelor este asociată cu afecţiunea organelor ce intervin în deglutiţie, masticaţie şi fonoarticulaţie, ajungându-se la paralizia gloso-labio-laringiană. Prezintă dificultăţi în deglutiţie şi masticaţie cu refularea lichidului pe nas, trebuie să înghită apă pentru dirijarea bolului alimentar. Atrofia, de obicei asimetrică a limbii, face ca mişcarea să fie deficitară afectând şi mai mult jena în masticaţie. Vălul palatin este flasc, lueta atârnă inertă. În cursul evoluţiei, are loc paralizia cu atrofie şi a orbicularului buzelor producând dificultăţi în a apuca alimentele cu buzele, maseterii şi pterigoidienii ce accentuează dificultăţile la masticaţie şi modifică aspectul feţei. Din cauza dificultăţii de înghiţire, saliva se acumulează în gură şi uneori se scurge printre buze. Mai târziu, sunt afectaţi şi muşchii laringieni toate aceste afecţiuni determinând dificultăţi în expresia verbală cu dizartrie bulbară accentuată.

Scleroza laterală amiotrofă (maladia Charcot) este o maladie degenerativă progresivă, ce asociază atingeri atât ale neuronului motor central, cât şi periferic, este mai frecventă la bărbaţi, apare la vârsta adolescenţei, incidenţa crescând odată cu vârsta.

Constă în dispariţia progresivă a motoneuronilor din coarnele anterioare din măduvă şi a celor din bulb. În anumite cazuri, se întâlnesc şi alterări ale fasciculului piramidal.

La nivel spinal, se caracterizează prin amiotrofia membrelor superioare şi inferioare care cu timpul devin neutilizabile prin denervarea progresivă. Subiectul devine dependent de un scaun cu rotile sau imobilizat la pat, neputând să-şi folosească braţele pentru autoîngrijire şi alimentaţie. La nivel bulbar, apar manifestări specifice paraliziei labio-gloso-laringiene, cu atrofii ale limbii, paralizii ale corzilor vocale cu tulburări de deglutiţie şi de masticaţie. Apar şi tulburări respiratorii ca urmare a deficitului muscular intercostal şi a diafragmei.

Siringomielia este o maladie a cărei caracteristică este formarea în regiunea centrală a măduvei a unei cavităţi, fisuri, sub forma unui tub în jurul canalului ependimar. Canalul ependimar se dilată lent, progresiv, afectând structurile aflate în vecinătate. Extensia spre cornul anterior determină tulburări motorii periferice iar spre coarnele posterioare, tulburări de sensibilitate termică şi dureroasă. Cel mai frecvent localizarea afecţiunii este la nivel cervical cu afectarea musculaturii gâtului şi a membrelor superioare. Cavitatea se poate întinde şi la nivel bulbar (siringobulbie).

Debutează între 20-40 de ani, tulburările motorii manifestându-se precoce cu atrofia musculaturii gâtului, a unui membru superior, cu diminuarea tonusului muscular. Tulburările trofice se întâlnesc şi la nivelul structurilor osoase cu deformaţii articulare. Artropatia, împreună cu atrofia musculaturii coloanei, generează cifo-scolioză care este întâlnită aproape permanent în siringomielie (**Popoviciu**, 1993).

Extensia fisurii spre coarnele posterioare antrenează tulburări ale sensibilităţii termice şi algice care îl fac să nu simtă durerea în cazul arsurilor. Maladia are o evoluţie lent-progresivă, cu o durată de 20-30 de ani prezentând remisiuni sau pusee de agravare.

Siringobulbia se poate manifesta izolat sau manifestările să fie mixte, bulbo-medulare (siringomielobulbie).

În siringobulbie, atingerea nervilor cranieni antrenează paralizii unilaterale ale limbii (hemiplegia linguală cu hemitrofie ce face ca limba să devieze spre partea afectată), ale vălului (lueta nu se poate ridica decât în partea neafectată), ale unei corzi vocale, cu tulburări moderate de deglutiţie şi de vorbire.

Miastenia gravis este o afecţiune autoimună de origine necunosuctă, caracterizată printr-o fatigabilitate musculară excesivă care apare sau se intensifică la eforturi, ducând la o pareză trecătoare a unor grupe musculare. Poate apărea după unele boli infecţioase sau traumatisme, timusul prezintă frecvent anomalii – hiperplazii sau tumori timice în aproximativ 75% din cazuri (**Popoviciu**, 1993). Poate apărea la orice vârstă, inclusiv la noul născut, dar incidenţa este mai mare la adult, fiind mai frecventă la sexul feminin.

Miastenia gravis se caracterizează prin blocarea receptorilor de Ach. din membrana musculară postsinaptică, cu scăderea forţei musculare, care se accentuează pe măsura menţinerii efortului muscular.

Simptomele sunt exclusiv motorii, sunt absente, în general, la trezire, se agravează la sfârşitul zilei, sunt variabile de la o zi la alta şi pot fi puse în evidenţă prin teste de oboseală. Nu există tulburări senzoriale şi psihice, reflexele tendinoase sunt prezente, semnele neurale sunt absente.

Semnele clinice vizează:

- afectarea musculaturii oculare extrinseci este un simptom de debut şi se manifestă prin ptoză uni sau bilaterală, strabism ce survine în

timpul lecturii, ocluzia palpebrală completă imposibilă, diplopie variabilă în timp, fiind mai accentuată după lecturi sau la sfârşitul zilei;

- slăbiciune musculară cu afectarea musculaturii membrelor superioare sau inferioare, cu dificultăţi în urcatul scărilor, în trecerea din poziţia ghemuit în cea verticală, dificultăţi în flexia şi extensia cefei, uneori dificultăţi în susţinerea capului, slăbiciunea musculară este accentuară în stări emoţionale.

5. SPECIFICUL TULBURĂRILOR DE COMUNICARE ÎN DEFICIENŢELE NEUROMOTORII

La persoanele cu deficienţe neuromotorii, tulburările motorii vizibile la nivelul membrelor se întâlnesc, într-o mare parte şi la nivelul musculaturii organelor ce sunt în legătură cu mişcarea organelor fonoarticulatorii cu afectarea vorbirii şi a limbajului.

La copilul cu IMOC, tulburările de vorbire şi de limbaj reflectă diversitatea prezentă la nivelul simptomatologiei organice, fără a exista un consens între diferiţi autori în ceea ce priveşte incidenţa acestora în rândul acestei categorii de copii. În funcţie de tipul de subiect cu IMOC observaţi, vârsta cronologică, nivelul de dezvoltare intelectuală şi aspectul limbajului examinat, în Franţa se estimează o incidenţă a tulburărilor care variază între 20% şi 75% (**Lambert, Seron**, 1989). Observaţiile efectuate de Tardieu, în 1968, pe un număr de 443 de subiecţi cu IMOC cu intelect normal arată că 33,7% dintre aceştia prezentau tulburări grave de vorbire şi de limbaj care necesitau o intervenţie corectivă prelungită şi 23,3% prezentau tulburări mai lejere.

Consecinţele IMOC, pe lângă dizabilităţi motorii de tip paretic, distonic sau ataxic, constau şi în rămânerea la un stadiu praxic şi gnozic inferior celui atins de un copil fără dizabilităţi. Tulburările praxice afectează mişcările elementare ale organelor fonoarticulatorii legate de coordonarea gesturilor articulatorii. Tulburările gnoziilor kinetice ridică, de asemenea, numeroase dificultăţi cu privire la exprimarea verbală: de a reproduce mişcările buzelor, limbii etc., fără a se ajuta de oglindă, fiind necesar ca informaţiile vizuale să suplinească dificultăţile kinetice, gnoziile auditive, pe lângă deficienţele auzului fiziologic întâlnite frecvent la copiii cu IMOC, duc la dificultăţi în diferenţierea consoanelor şi în integrarea semnificaţiilor cuvintelor.

Retardul de limbaj este o consecinţă firească a leziunilor apărute la naştere sau după naştere, când structurile cerebrale nu sunt funcţionale. Dată fiind plasticitatea structurilor cerebrale în acea perioadă, acestea se pot organiza astfel încât zonele rămase neafectate să poată prelua funcţiile zonelor lezate, dar integrarea senzorială şi organizarea gesturilor riscă să rămână retardate. Retardul în achiziţia limbajului la copilul cu IMOC poate fi determinat şi de insuficienţa participării în activitatea de joc, de socializare, de relaţionare cu ceilalţi, lipsa de control postural, perturbarea mişcărilor voluntare, prezenţa mişcărilor parazite contribuie la reducerea deciziilor de comunicare adecvată cu anturajul, fiind în multe situaţii ignoraţi de parteneri de aceeaşi vârstă. Limbajul copiilor cu IMOC, pe ansamblu, urmează evoluţia obişnuită la copilul fără dizabilităţi, dar tulburările motorii pot îngreuna, în diverse maniere, achiziţia sa.

Tulburările de expresie verbală de tip disartric, pe care le vom analiza în continuare, prezintă un tablou caracteristic asemănător la copil şi la adult, în funcţie de leziunile care afectează şi la copil şi la adult zonele ce sunt în legătură cu efectuarea mişcărilor legate de expresia verbală.

Disartria este o tulburare de expresie verbală, provocată de stări patologice instalate în perioada prenatală, la naştere sau după naştere ce determină anomalii ale ţesutului cerebral, cu afectarea căilor centrale sau a nucleilor nervilor ce sunt în legătură cu organele ce participă la efectuarea unor mişcări legate de emiterea sunetelor. Aceste stări patologice influenţează, în primul rând, articularea sunetelor, ca urmare a incapacităţii de a efectua mişcările necesare, dar, în funcţie de localizarea lor, afectează în mod specific pentru fiecare sindrom ritmul şi fluenţa vorbirii, respiraţia şi calităţile vocii. Kussmaul, care a descris-o în 1877, o deosebeşte de dislalie, care este o tulburare de pronunţie provocată de afecţiuni ale organelor periferice de vorbire. În disartrie, gravitatea afectării pronunţiei este influenţată de gravitatea afecţiunilor neurologice. Când acestea sunt uşoare, manifestările în planul vorbirii sunt asemănătoare cu dislalia, diagnosticul diferenţial fiind dificil de realizat. Din această cauză, unii autori au folosit termenul de dislalie centrală pentru a denumi tulburările de pronunţie apărute în urma unor afecţiuni mai puţin grave de natură centrală, la nivel cortical, piramidal, extrapiramidal sau cerebelos. Seeman foloseşte termenul de dislalie centrală pentru a denumi tulburările de pronunţie apărute în momentul dezvoltării limbajului la care nu se descoperă, la un examen clinic, simptome ale unei maladii neurale şi nici malformaţii ale organelor periferice, manifestându-se diferit faţă de tulburările disartrice care apar la adult. Elementul cauzal al dislaliei centrale se pune în evidenţă prin anamneză:naştere dificilă, asfixie neonatală cu retard motor. Spre deosebire de dislalia centrală, în disartrie tulburările de vorbire apar în urma afectării masive a marilor sisteme cerebrale, tulburările motricităţii organelor fonoarticulatorii, însoţind, în general, tulburările motorii ale restului corpului.

Deci, disartria poate să apară la orice vârstă, fiind prezentă atât la copil, cât şi la adult, având anumite caracteristici specifice. Specificul disartriei la copil constă în faptul că este afectată nu numai expresivitatea verbală dar şi dezvoltarea limbajului pe ansamblu. Dacă afecţiunile neurale apar în perioada preverbală, ele pot provoca diformităţi structurale ale organelor vorbirii, care fiind în curs de dezvoltare şi constituire, sunt expuse la adoptarea unor posturi şi mişcări anormale, nu numai în ceea ce priveşte motricitatea organelor fonoarticulatorii, fiind afectată şi motricitatea alimentară.

De asemenea, ca urmare a faptului că leziunile neurale se pot întrepătrunde, putând afecta şi alte zone ale creierului ce sunt în legătură cu dezvoltarea intelectuală sau cu diferite căi senzoriale, tulburările disartrice la copil sunt, frecvent, asociate cu deficienţe mintale sau deficienţe senzoriale.

La copil ca şi la adult, disartria prezintă trei caracteristici (**Lecours, Lhermitte**, 1979):

- tulburarea este legată de proasta funcţionare a grupelor musculare responsabile de producerea vorbirii, implicând existenţa unor perturbări organice dar uneori şi funcţionale ale structurilor nervoase care sunt în legătură cu activitatea organelor fonoarticulatorii;
- tulburarea este permanentă;
- subiectul este conştient de caracterul anormal al producţiei fonetice.

În funcție de localizarea leziunilor şi de manifestările specifice, disartriile se clasifică în:

- disartrie corticală;
- disartrie pseudobulbară;
- disartrie extrapiramidală;
- disartrie cerebeloasă.

Disartria corticală apare ca urmare a unor afecțiuni la nivelul cortexului motor. Folosirea termenului de cortical presupune existența unor caracteristici clinice suficient de definite pentru a fi atribuite cu precizie unor leziuni corticale, dar utilizarea sa (**Lecours, Lhermitte**, 1979) nu poate fi decât rareori justificată fără o verificare radiologică şi tomografică. Lecours şi Lhermitte analizează disartria corticală în raport cu afazia motorie. În disartria corticală, anomaliile elocutorii se explică prin tulburări motorii de natură paretică, tulburările de expresie verbală manifestându-se la fel în orice condiții: imprecizie în articulația consoanelor, sau a grupurilor consonantice, lentoare a debitului verbal, discretă nazalizare, spre deosebire de afazia motorie în care fenomenul caracteristic este dezintegrarea fonetică, parafaziile fonetice manifestându-se printr-o mare variabilitate în funcție de contextul verbal.

La copil, disartria corticală, ce poate apărea ca urmare a unor meningoencefalite sau traumatisme cerebrale, cu lezarea zonelor motorii efectoare corticale, prezintă o formă mai uşoară decât la adult, datorită posibilităților de compensare ale altor structuri corticale, care au o mai mare plasticitate la copil. În această formă, diagnosticul diferențial se face în raport cu dislalia centrală pe fond dismaturativ ce se manifestă prin deformarea diferitelor sunete sau secvențe consonantice complexe. Dar tulburările de tip disartric presupun prezența şi a altor manifestări: alterarea ritmului verbal (accelerat sau încetinit), repetarea de silabe ca în bâlbâială, care nu prezintă particularități complexe specifice bâlbâielii, putându-se considera fenomene de pseudobâlbâială, în disartria corticală fiind evidentă dorința de a vorbi.

La copil, diagnosticul diferențial se face şi cu disfazia sau cu alalia motorie, în care copilul are dificultăți în a lega sunete în cuvinte sau în propoziții.

Disartria pseudobulbară apare ca urmare a leziunilor suprabulbare, respectiv ale fibrelor cortico-nucleare (geniculate), în tabloul clinic al sindromului pseudobulbar întâlnindu-se o paralizie labio-gloso-faringo-laringiană de tip central, fără afectarea centrilor bulbari, fără elemente de paralizie flască de neuron motor periferic sau atrofie musculară (caracteristică sindromului bulbar), ci numai alterarea mişcărilor voluntare ale musculaturii labio-gloso-faringo-laringiene.

Pentru a se produce pareza sau paralizia musculaturii de tip pseudobulbar, leziunile trebuie să fie bilaterale, o leziune unilaterală a fibrelor cortico-nucleare nu antrenează paralizii ale musculaturii inervate de nucleii nervilor cranieni situați în bulb, deoarece aceştia au o inervație corticală bilaterală.

În urma unei leziuni unilaterale nu apare decât o discretă nazalizare, o discretă tulburare de deglutiție şi masticație, care se pot remite.

Sindromul pseudobulbar la adult reprezintă o formă avansată de insuficiență cerebrală circulatorie (ICC) pe fond de arteroscleroză sau traumatism cerebral. Paralizia pseudobulbară se produce când adultul suferă o a doua hemiplegie, printr-un AVC în

cealaltă emisferă după ce a suferit unul într-o emisferă, cauza cea mai frecventă fiind arteroscleroza cerebrală sau focarele de distribuţie mielinică din scleroza în plăci.

Sindromul pseudobulbar produce un deficit funcţional al unor structuri bulbare care sunt generate de leziuni suprabulbare bilaterale ale fibrelor cortico-bulbare, care pot fi lezate concomitent cu fibrele piramidale şi extrapiramidale adiacente, astfel încât în sindromul pseudobulbar se pot întâlni manifestări piramidale sau extrapiramidale de tip hiperton-hipokinetic de intensitate variabilă.

Forma infantilă a paraliziei pseudobulbare apare la copilul cu IMOC în urma unor leziuni inflamatorii prin hipoxie intra sau neonatală, cu afectarea bilaterală a fibrelor cortico-nucleare.

Tabloul clinic al disartriei pseudobulbare cuprinde următoarele manifestări:

- ***Tulburări de pronunţie***, cu afectarea consoanelor labiale, dentale, guturale, în funcţie de pareza diferitelor grupe de muşchi ce intervin în vorbire. Debutul şi sfârşitul segmentelor fonetice sunt insuficient diferenţiate. Ca urmare a insuficientei contracţii a vălului palatin, are loc o deperdiţie nazală a aerului expirat, ceea ce determină rinolalia deschisă de tip disartric, cu deformarea şi rezonanţa nazală a sunetelor.
- ***Vocea prezintă caracteristici disfonice***, cu intonaţie monotonă, cu absenţa vibraţiilor în intensitatea şi timbrul vocii. În formele severe, slăbiciunea mişcărilor articulatorii şi intonaţia monotonă fac vorbirea neinteligibilă.
- ***Tulburările de ritm şi fluenţă ale vorbirii***; din cauza hipertoniei musculare, vorbirea poate avea un caracter spasmodic, vorbire sacadată, cu afectarea debitului, bradilalică, din cauza rigidităţii limbii, a buzelor, debit întrerupt frecvent prin blocarea diafragmei în inspir.
- ***Tulburările asociate***:
  - *Tulburări de deglutiţie* atât a solidelor, cât şi a lichidelor, cu accese de tuse din cauza deficienţelor motorii ale muşchilor faringelui şi cei ai limbii;
  - *Tulburări de masticaţie,* din cauza parezei muşchilor masticatori şi a hipomobilităţii limbii;
  - *Facies imobil,* hipomimic, inexpresiv, ce este provocat de parezele faciale bilaterale de tip central;
  - *Râsul şi plânsul spasmodic* reprezintă un simptom caracteristic al sindromului pseudobulbar, declanşându-se fără un motiv aparent. Apare un contrast între mimica voluntară şi cea emoţională. În situaţii emoţionale reacţiile mimice sunt dezinhibate, automatismele mimice scăpând de sub controlul voluntar. Dacă mişcările voluntare ale musculaturii faciale sunt diminuate uneori până la amimie, în situaţii emoţionale, faciesul inexpresiv poate prezenta aspecte mimice dizgraţioase, groteşti, prin manifestări de râs sau plâns spasmodic.

Aceste manifestări sunt prezente doar în paraliziile pseudobulbare şi sunt un semn distinctiv important de diagnostic în raport cu paraliziile bulbare.

Mecanismul fiziopatologic al contrastului dintre mimica voluntară sau cea emoţională rezidă din suprimarea controlului inhibitor al cortexului asupra structurilor subcorticale reglatoare ale motilităţii emoţionale, care sunt dezinhibate.

Se evidenţiază o serie de reflexe patologice bulbo-pontine, ce se eliberează de sub acţiunea inhibitorie corticală a reflexului maseterian exagerat.

Disartria bulbară este provocată de leziuni bulbare şi se manaifestă printr-o simptomatologie variată în raport cu afectarea diverşilor nervi cranieni a căror origine este în bulbul rahidian: paralizii sau pareze linguale, velopalatine şi laringiene, cu hipotonia şi hipotrofia muşchilor afectaţi. La copil, ca şi la adult, paralizia bulbară poate reprezenta un sindrom în cadrul unor maladii neurale variate: amiotrofia spinală infantilă Kugelberg-Welander, distrofia musculară Duchenne, scleroza laterală amiotrofă, siringobulbia, ischemii bulbare, prezentând unrmătoarele manifestări:

- dificultăţi de deglutiţie a lichidelor şi a solidelor, tulburări de masticaţie, putându-se ajunge până la completa paralizie a muşchilor maseteri (ce sunt fixaţi pe maxilarul inferior) cu căderea mandibulei;
- afectarea orbicularului buzelor ce duce la acumularea salivei, alimentele sau lichidele nu pot fi reţinute de buze, gura nu poate fi suficient de bine închisă, are dificultăţi de a împinge alimentele în farige, în a declanşa faza reflexă a deglutiţiei, înecându-se uşor cu alimentele;
- insuficienta contracţie a palatului moale, ce devine hipoton şi imobil, provocând regurgitarea nazală şi pierderea aerului pe nas;
- limbă hipomobilă, flască şi atrofică, paralizia musculaturii buzelor, atrofia muşchilor maseteri, poziţia anormală a corzilor vocale, cu neînchiderea completă a glotei. Afectarea musculaturii implicate în respiraţie duce la dificultăţi de pronunţie a consoanelor, la lipsa modulării vocii, care este monotonă, suflată, cu rezonanţă nazală, ceea ce poate face ca vorbirea să fie neinteligibilă;
- ritmul vorbirii este lent, cu creşterea duratei individuale a fonemelor, ca urmare a hipotoniei muşchilor articulatori, a mobilităţii diminuate a limbii.

Gravitatea afectării vorbirii este în funcţie de gravitatea tulburărilor cu manifestare asemănătoare disartriei pseudobulbare. Chevrie, Muller, Dordan, Gremy (1970) au realizat un studiu clinic asupra caracteristicilor vorbirii pe două loturi de subiecţi: cu disartrie bulbară pe fondul SLA şi cu disartrie pseudobulbară de origine vasculară sau traumatică, evidenţiind, în funcţie de gravitatea tulburărilor, patru grupe de subiecţi:

- cu vorbire total neinteligibilă;
- cu vorbire foarte alterată, dificil de înţeles;
- cu articularea afectată dar cu vorbire inteligibilă;
- alterarea minimă a pronunţiei, dar prezentând unele tulburări de voce.

Manifestări asemănătoare:

1. Pronunţia

Atât în disartria bulbară, cât şi în cea pseudobulbară, consoanele se diferenţiază cu dificultate, consoanele ocluzive surde se sonorizează, consoanele continue (l, ş, s, z, r) sunt transformate în sunete nedeterminate şi nu mai sunt recunoscute, articulaţia este moale, greoaie, vâscoasă, imprecisă.

2. Ritmul şi fluenţa

Dificultăţile de a mobiliza organele articulatoare antrenează, pe lângă imprecizia articulării şi încetinirea debitului, care poate fi considerabilă (bradilalie accentuată).

3. Vocea

Aceasta este monotonă, se pierde, este lipsită de intonaţie. La această monotonie se adaugă şi alterări ale timbrului de origine laringiană, care este lipsit de claritate, voce aspră, suflată, răguşită. Intensitatea vocii se diminuează în timpul discursului fie ca urmare a deperdiţiei nazale, fie, în formele medii şi grave, ca urmare a închiderii incomplete a corzilor vocale. Autorii citaţi constată o disfuncţionalitate a laringelui mai mare în disartria bulbară decât în disartria pseudobulbară. În formele grave se constată şi afectarea vocii cântate.

Disartria extrapiramidală apare în urma afecţiunilor circuitelor nervoase de la nivelul sistemului extrapiramidal. În funcţie de tipul afecţiunii, disartria extrapiramidală se clasifică în:

- disartrii hipoton-hiperkinetice, întâlnite în sindromul diskinetic de tip coreic şi atetozic.
- disartrii hiperton-hipokinetice, întâlnite în maladia Parkinson.

Disartria extrapiramidală hipoton-hiperkinetică prezintă manifestări specifice în atetoză şi coree.

În atetoză (**Lecours şi Lhermitte**, 1979) semiologia este dominată de manifestări sincinetice. Când vorbeşte, sincineziile apar nu numai la nivelul musculaturii fono-articulatorii, ci şi la nivelul feţei, gâtului, membrelor. Mişcările involuntare ale organelor fonoarticulatoare, şi în special ale limbii, determină *tulburări articulatorii,* sunetele fiind puţin diferenţiate, fiind afectate, în special, consoanele care solicită o coordonare musculară exactă: siflantele, sibilantele, vibranta „r". Încercând să surmonteze dificultăţile articulatorii printr-o pronunţie prudentă este afectat *ritmul vorbirii care este bradilalic,* cu debit iregulat, ezitant, cu variaţii involuntare şi imprevizibile. Dar chiar cu această prudenţă articulatorie există riscul unor mişcări neprevăzute (**Seeman**, 1967) care se accentuează în stările emoţionale şi care împiedică articulaţia corectă a sunetelor, pe care o stăpâneşte în condiţii de relaxare, iar vorbirea devine din nou explozivă.

Mişcările anormale ale muşchilor respiratori, ale limbii (vermiculare) determină şi tulburări de deglutiţie, sialoree, afectând aspectul fizic. Spasmele neregulate la nivelul muşchilor respiratori superiori provoacă dificultăţi şi în menţinerea posturii capului şi a umerilor, respiraţia zgomotoasă poate duce la emiterea unor sunete gemute, horcăite.

Vocea este rău timbrată, de intensitate slabă, în situaţii emoţionale putându-se înregistra abateri exagerate ale înălţimii şi intensităţii, spre deosebire de disartria de tip paralitic în care vocea este monotonă.

Disartria extrapiramidală de tip coreic este consecutivă hipokineziilor caracteristice întâlnite în coreea acută Sydenham sau în coreea cronică Huntington şi a mişcărilor coreice întâlnite la copilul cu IMOC ce se manifestă prin contracţii neregulate, bizare, dezordonate, lipsite de sens. Spre deosebire de mişcările atetozice, care sunt lente în compoziţia lor, mişcările coreice sunt rapide, dezorganizate, de amplitudine variată la nivelul membrelor dar care cuprind şi muşchii intercostali, diafragma, limba, faringele, laringele, influenţând respiraţia, articulaţia, fonaţia, ritmul şi fluenţa vorbirii.

Vorbirea este explozivă, cuvintele sunt deformate, încâlcite, sunetele sunt pronunţate defectuos, încercările de articulare sunt însoţite de sincinezii, de mişcări parazite ale feţei. Mişcările parazite pot duce la întreruperea vorbirii cu emiterea diferitelor ţipete, zgomote bizare, vocea putând fi bitonală.

Mişcările involuntare provoacă şi disocierea dintre contracţiile abdominale şi cele toracice, hiperkinezia ce antrenează muşchii diafragmei şi pe cei intercostali fac ca respiraţia să fie zgomotoasă, sforăită.

Ritmul vorbirii este sacadat, cu repetiţii de silabe, precipitat. În urma conştientizării dificultăţilor de pronunţie şi de respiraţie, încearcă să le evite, emiţând cuvintele cu o rapiditate exagerată pentru a nu fi surprins de încetarea bruscă a expirului, dar primul cuvânt al unei propoziţii sau prima silabă a unui cuvânt sunt emise cu dificultate, putând să se oprească la mijlocul propoziţiei.

Disartria extrapiramidală hiperton-hipokinetică se întâlneşte în maladia Parkinson, în care manifestările motorii vizibile la nivelul membrelor se întâlnesc şi la nivelul organelor fonoarticulatoare cu afectarea pronunţiei, ritmului şi fluenţei vorbirii şi a calităţilor vocale, în funcţie de gravitatea maladiei (**D. Carantină**, 2009):

- vorbirea, în formele minime, este monotonă, discret accelerată pe moment, cu elemente de insuficienţă articulatorie. În formele accentuate, vorbirea poate deveni greoaie, lipsită de diversitate şi expresivitate vocală cu afectarea ritmului, fluenţei şi inteligibilităţii prin imprecizie articulatorie;
- dinamica redusă a muşchilor articulatorii şi laringieni, din cauza hipertoniei, face ca sunetele să fie insuficient şi imprecis articulate, cu dificultăţi de a începe şi de a se opri din vorbire;
- tremorul, vizibil la membre, se poate manifesta simultan cu tremolul vocal, ce determină fluctuaţii ale înălţimii şi intensităţii vocii care este monotonă, necoordonată, suflată, cu redarea accentului, nemodulată. Blocajul motor (akinezia), întâlnit în mers, poate fi vizibil şi cu ocazia vorbitului dar şi în scris. Prezintă ezitări în iniţierea vorbirii, cu emisia iterativă a primei silabe din cuvânt, cu accelerarea segmentară a debitului. Această accelerare nu se traduce printr-o creştere a debitului ca număr de cuvinte pe minut, debitul verbal este diminuat ca urmare a pauzelor anormal de lungi şi care nu sunt la momentul potrivit (bradilalie cu tahilalie intraverbală) mai ales în pronunţarea cuvintelor lungi;
- o altă manifestare a afectării ritmului şi fluenţei vorbirii o constituie palilalia (repetarea involuntară a ultimului cuvânt din propoziţie) cu oscilarea intensităţii vocii (palilalie afonă).

Disartria cerebeloasă este consecutivă dezorganizării motorii prin necoordonarea mişcărilor organelor fonoarticulatoare ce rezultă din leziunile bilaterale ale cerebelului, în special ale vermisului şi ale pedunculilor cerebeloşi superiori, întâlnindu-se atât la copil (în IMOC, ataxia Friedreich), cât şi la adult, cu manifestări asemănătoare.

Pronunţia este greoaie, neclară, sunetele sunt rău diferenţiate din cauza dificultăţilor de coordonare a mişcărilor organelor fonoarticulatorii. Vorbirea este explozivă, cu asurzirea ocluzivelor sonore şi cu exagerarea exploziei consoanelor surde ca urmare a faptului că încearcă să compenseze insificienţele mişcărilor organelor fonoarticulatorii prin întărirea forţată a acestora.

Tot din cauza tulburărilor de coordonare a mişcărilor organelor fonoarticulatorii, mai ales ale limbii, debitul este încetinit, cu alungirea fonemelor, cu pauze anormale între cuvinte. Bradilalia coexistă cu perturbarea ritmului propoziţiei. Din cauza dificultăţilor articulatorii, s-ar putea spune că ei „mestecă"cuvintele înainte de a le emite din cauza faptului că nu ajung să plaseze limba în poziţiile corecte cerute de articulaţie, cu încercări infructuase de emisie, repetare de foneme, de silabe pronunţate sacadat. Pauzele abuzive şi repetiţiile alungesc discursul, acestea fiind manifestări specifice disfemiei cerebeloase (**Gremy, Chevrie Muller, Garde**, 1967).

Tulburările de voce din disartria cerebeloasă se manifestă prin fluctuaţii ale înălţimii vocii, prin amplificarea sau slăbirea intensităţii vocii în cadrul aceleiaşi sintagme, fără legătură cu prozodia discursului. Aceste manifestări sunt determinate de faptul că atingerile cerebeloase influenţează funcţionalitatea corzilor vocale, cu variaţii bruşte şi rapide ale tonusului şi ale vibrării acestora. Examenul laringoscopic (Gremy) pune în evidenţă variabilitatea adducţiei corzilor vocale, care poate fi când completă, când incompletă, cu modificarea tonusului şi cu diferenţe de vibraţie.

În formele grave, vorbirea este incomprehensibilă.

6. MODALITĂŢI DE CORECTARE A TULBURĂRILOR DE VORBIRE LA COPILUL CU DEFICIENŢE NEUROMOTORII

Corectarea tulburărilor de vorbire, pe fondul afecţiunilor neuromotorii, presupune o evaluare precisă a manifestărilor, dat fiind faptul că tratamentul trebuie individualizat în funcţie de tabloul complex ce însoţeşte tulburarea neurologică: tulburări motorii, tulburări articulatorii, tulburări fonatorii, de ritm şi fluenţă, tulburări intelectuale etc., prognosticul fiind cu atât mai favorabil cu cât nivelul intelectual este mai ridicat şi problemele de natră afectiv-comportamentală sunt la un nivel mai scăzut.

În IMOC (**Chevrie**, 1972), leziunile sistemului nervos central, nefiind evolutive, se pot obţine progrese, chiar dacă aceste progrese sunt lente. În leziunile corticale, apărute la vârste la care diferitele structuri nu sunt funcţionale, există şansa ca zonele neafectate să suplinească funcţionarea zonelor lezate.

Corectarea limbajului copiilor cu IMOC se realizează (**Bardier**, 1980) printr-o abordare globală a întregului corp, astfel încât să fie menţinute raporturile exacte ale tonsului între diferite părţi ale corpului, să se evite ca spasticitatea să se deplaseze în alte părţi, să se elimine sincineziile şi să se îmbunătăţească coordonarea mişcărilor, dat fiind faptul că fiecare copil are un demers propriu în vederea rezovării problemelor motorii.

Educarea limbajului trebuie adaptată în funcţie de vârsta cronologică, în primii ani fiind necesară o preeducaţie care să se facă în mediul familial, apoi, pe măsura înaintării în vârstă, într-un cadru specializat. Mai mulţi autori au pus în evidenţă efectul profilactic pentru dezvoltarea vorbirii, a tehnicilor de nutriţie, în numerose metode de educaţia a mişcărilor fonoarticulatorii, punându-se accentul pe programarea mişcărilor de supt, deglutiţie, molfăit, copiii supuşi unui antrenament sistematic al conduitelor alimentare prezentând mai târziu mai puţine tulburări articulatării decât cei neantrenaţi.

Dobândirea unei deglutiţii buco-faringiene cât mai normale este necesară, în primul rând, în vederea unei inserţii sociale mai facile (copiii cu tulburări de deglutiţie buco-faringiană putând fi, mai târziu, obiectul repulsiei colegilor), iar, în al doilea rând,

aceleaşi organe cu care se organizează deglutiţia, participă şi în articulaţie, diferenţa provenind din faptul că mişcările articulare sunt mai grosiere în raport cu mişcările articulatorii. Educarea neuromotricităţii alimentare este bine să fie întreprinsă începând cu luna a opta, a noua (**Chevrie**, 1972), pentru că, mai târziu, obişnuinţele motrice sunt din ce în ce mai dificil de corijat. Logopedul trebuie să dea sfaturi precise mamei, dacă tulburările sunt importante. Tulburările neuromotricităţii alimentare se manifestă diferit în funcţie de tipul afecţiunii cerebrale.

Tulburările spastice se manifestă prin mişcări lente şi crispate, tonus crescut, în cazuri grave, iar în cazuri mai puţin grave, are loc o creştere a tonusului cu ocazia mişcărilor voluntare.

Atetozicii prezintă mişcări necoordonate, impulsive.

Ataxicii prezintă tulburări în mişcările spontane, iar când comanda voluntară pentru efectuarea mişcărilor alimentare se impune, mişcările pot devenii incontrolabile.

În vederea educaţiei neuromotricităţii alimentare, Chevrie recomandă ca alimentaţia copilului să se facă în poziţia aşezat, copilul stând în faţa mamei, cu capul uşor înclinat înainte şi nu în poziţia culcat, lingura să fie introdusă orizontal în gură, aplicând-o pe limbă şi nu pe palat, în acest fel antrenându-se o închidere reflexă a gurii. Apoi se retrage lingura, dar nu se goleşte imediat, pentru a provoca mişcarea de prehensiune labială. După ce lingura este scoasă din gură, se urmăreşte buna ocluzie a maxilarelor şi a buzelor. Este indicat să fie obişnuit să bea lichide din pahar, iar după nouă luni să se suprime biberonul care întreţine reflexul de supt. Paharul trebuie plasat pe marginea externă, anterioară a buzelor şi nu trebuie introdus spre arcadele dentare, conţinutul nu trebuie vărsat în gură, ci numai să fie adus pe marginea buzelor pentru a favoriza mişcările de aspiraţie.

Educaţia neuromotricităţii alimentare se realizează în mediul familial, odată cu alimentaţia şi trebuie controlată regulat. În această perioadă, părinţii trebuie să încurajeze permanent orice manifestare vocală, ca urmare a faptului că la copilul cu IMOC aceste manifestări sunt slabe sau sunt lipsite de îndemânare. Părinţii trebuie să fie atenţi, să manifeste entuziasm, să răspundă copilului, repetând sunetele produse, să caute poziţiile în care copilul verbalizează cel mai uşor.

În copilăria mică, corectarea limbajului se realizează de logoped şi constă, în primul rând , în educarea motricităţii generale şi a motricităţii organelor fonoarticulatoare într-o optică funcţională. Copilul să poată repeta diferite gesturi la început pasive, apoi active.

La copilul spastic, la care, în momentul încercării de fonaţie, apare o rigiditate mai mult sau mai puţin generalizată, se pot folosi tehnicile Bobath, care au scopul de a obţine o normalizare a tonusului, pentru a putea experimenta mişcări normale (mişcări care ar fi posibile, dar pe care nu le poate exterioriza). Folosirea tehnicilor Bobath urmăreşte inhibarea schemelor anormale de postură şi mişcare, ca urmare a creşterii tonusului muscular, prin găsirea unor posturi reflex-inhibitoare şi facilitarea sau activarea schemelor normale. Copilul trebuie pus în situaţia să înregistreze senzaţii de scheme normale de mişcare, prin manipularea sa de către terapeut, pornind de la puncte cheie de control, ce permit influenţarea tonusului şi a activităţii în diferite părţi ale corpului, controlul fiind progresiv, diminuat pe măsură ce copilul învaţă să-şi controleze singur mişcarea. Deci, prin menţinerea poziţiilor reflex-inhibitoare, spasticitatea descreşte,

terapeutul putând reduce rezistenţa, lăsându-l pe copil să-şi controleze noua poziţie. Trecând într-o poziţie facilitatoare, când descoperă, chiar o manieră pasivă, anumite posibilităţi de mişcare, adesea începe să vocalizeze. Poziţiile inhibitoare sunt poziţii inverse celor realizate prin spasm: poziţia în flexie pentru spasmul în extensie. Chevrie recomandă următoarele poziţii în vederea destinderii musculaturii organelor fonoarticulatoare:

- decubit lateral în poziţie fetală, ceafa flectată, genunchii îndoiţi;
- decubit dorsal cu picioarele flectate;
- decubit dorsal cu picioarele atârnând;
- poziţia aşezat, gâtul flectat, genunchii îndoiţi, prinşi cu mâinile.

În activitatea cu copiii mai mici, Chevrie recomandă poziţia aşezat pe genunchii terapeutului, pentru a putea manipula cu uşurinţă organele articulatoare.

La copiii cu spasticitate, exagerarea reflexelor arhaice poate fi folosită pentru realizarea mişcărilor articulatării ce nu pot fi realizate voluntar: reflexul punctelor cardinale, prin atingerea colţurilor gurii, a buzei superioare sau inferioare, se realizează mişcări ale limbii şi ale buzelor spre locul stimulat; reflexul de supt, prin introducerea unui obiect între buzele copilului, se produce contracţia buzelor, obrajilor şi mişcarea maxilarului. Motricitatea vălului palatin se poate exersa reflex prin atingeri uşoare ale acestuia, prin masaj, motricitatea limbii se poate exersa prin apropierea unei spatule de limba copilului pentru a fi tentat să o împingă, reflex, înapoi, motricitatea buzelor se poate exersa prin întinderea comisurilor, prin gâdilat, prin apropierea unei bomboane, fapt ce produce ţuguierea buzelor etc.

În ataxie, exerciţiile sunt exate pe controlul mişcărilor în poziţii diferite, începând prin execuţii lente, cu repetări persistente ale aceluiaşi gest, până la învăţarea sa, solicitând multă răbdare, netrecându-se la un exerciţiu mai greu până când mişcarea ne este executată corect. La ataxici, mişcările nu trebuie să implice un lucru muscular intens, ci creşterea complexităţii lor şi se execută, la început, în poziţia culcat dorsal, apoi în poziţia aşezat şi în poziţie verticală. Principiul de bază este de a corija continuu disfuncţia cerebeloasă cu ajutorul sistemelor ocular şi artro-kinetic. În coree şi în atetoză se fac exerciţii de relaxare, exerciţii de reeducare neuromusculară activă, cu rezistenţă lejeră, exerciţii de echilibru, fără a se ajunge la oboseală, executate într-o atmosferă de calm, scopul exerciţiilor fiind de a-l face pe copil să aibă un control simultan al tonusului, al motricităţii generale şi al fonaţiei. Coordonarea dintre postură şi mişcare condiţionează eficienţa gesturilor, pe care trebuie să ajungă să le execute în mod automat.

Exerciţiile de respiraţie au o deosebită utilitate, mai ales în situaţiile când disartria este însoţită de pareze ale muşchilor inspiratori (ai diafragmei sau muşchilor intercostali), sau ale muşchilor expiratori (abdominali), dar şi de insuficienţe ale musculaturii respiratorii, prin lipsa îndelungată a folosirii vorbirii, de tulburări de coordonare a mişcărilor respiratorii şi vizează adaptarea respiraţiei la necesităţile fonaţiei, articulaţiei şi ale debitului verbal (**Carantină, D.**, 2004).

Corectarea tulburărilor de vorbire are drept scop de a face ca articulaţia, fonaţia, respiraţia să ajungă la un control automat, pentru că, dacă este nevoit să le efectueze sub un control conştient, este afectat conţinutul mesajului. În vederea obţinerii unei mai bune coordonări a respiraţiei şi a fonaţiei, nu trebuie atrasă atenţia asupra dificultăţilor ci să se favorizeze producerea spontană a sunetului, prin mobilizări ale cutiei toracice, făcând-o

să vibreze, astfel încât sunetul să fie emis involuntar, iar copilul să fie încurajat că poate să-l emită.

Corectarea tulburărilor de articulaţie (**Seeman,** 1967) nu trebuie realizată înainte de a începe să folosească limbajul propoziţional, pentru a nu se frâna, prin aceasta, dorinţa copilului de a vorbi, aceste exerciţii putându-se realiza numai prin colaborarea copilului. Seeman nu recomandă folosirea acestor exerciţii înainte de vârsta de cinci ani, fiind nevoie de multă răbdare şi perseverenţă, atât din partea logopedului, cât şi a părinţilor şi copilului. Familia să solicite fără încetare răspunsuri verbale, chiar dacă acestea sunt exprimate incorect, oferindu-i copilului modele articulatorii corecte, pe care acesta să le imite. Să se evite atragerea cu insistenţă a atenţiei asupra dificultăţilor copilului, deoarece prin aceasta i se dă sentimentul de eşec. Seeman consideră că nu trebuie insistat asupra dificultăţilor poziţiei organelor fonoarticulatorii, la copilul cu IMOC, efortul acesta continuu ducând la un tonus inutil, accentuând mişcările spasmodice. El recomandă procedeul derivării sunetului din sunete auxiliare, pe care le poate pronunţa, procedând astfel încât copilul să nu remarce intenţia de a exersa sunetele pe care le pronunţă defectuos, pentru că atunci când se concentrează asupra acestor sunete, se pot intercala vechile stereotipii articulatorii.

În formele spastice, Seeman reconamdă să se avanseze cu prudenţă, evitând a se articula într-o manieră inutil exagerată şi forţată. Pentru eliminarea hiperfuncţiei patologice, recomandă folosirea principiului acţiunii minimale, pronunţarea sunetului fără mişcări exagerate, cât mai lejer, şi a principiului duratei scurte a exerciţiilor (2-3 minute), repetate de mai multe ori, deoarece copiii nu se pot concentra mai mult timp asupra mişcărilor articulatorii.

Tulburările de pronunţie se exersează ca în dislalie, începând cu sunetele mai uşor de articulat, apoi cu sunetele mai dificile (siflantele, sibilantele vibranta „r"). Ca urmare a faptului că la începutul activităţii de corectare, copilul nu poate realiza un control simultan asupra fonoarticulaţiei şi asupra celorlalte părţi ale corpului, în vederea eliminării sincineziilor, este indicat ca în timpul exersării pronunţiei să i se menţină imobilizate membrele şi capul şi, treptat, să se reducă rezistenţa, obişnuindu-l să-şi controleze singur mişcările.

Şi în formele grave de dizartrie bulbară cu paralizii totale ale limbii, se pot obţine progrese, prin crearea progresivă a posibilităţilor de mişcare sau prin substituirea mişcărilor normale prin combinaţii articulatorii, care să dea interlocutorului iluzia pronunţării sunetului. Susanne Borel Maisonny (1961) exemplifică prin cazuri de copii cu paralizii totale ale limbii, cu tulburări de deglutiţie, cu gura permanent deschisă, cu sialoree, la care obţine conştientizarea contactului buzelor, închizându-i-se gura prin mişcări pasive, apoi, susţinându-i-se maxilarul şi buzele, se adaugă un suflu bucal cu explozie pentru „p", cu contactul buzei cu dinţii, pentru „f", adăugându-se un sunet laringian pentru „b" şi „v", cu dirijarea aerului pe nas, pentru „m".

Mişcările limbii, pe care nu poate să le execute voluntar, se realizează în mod pasiv de către terapeut, care o plasează în contact cu celelalte componente ale aparatului articulator, până când conştientizează aceste mişcări executate pasiv. În aceste poziţii, fiind solicitat să facă mişcări de inspr-expir, se pot produce sunete, care au o raportare îndepărtată faţă de sunetele normale, dar, prin exerciţii îndelungate, pot fi suficiente pentru a se face înţeles.

La adulţi, reeducarea limbajului este o parte integrantă a procesului de recuperare, pe lângă cea medicală şi cea kinetoterapeutică.

Metodele de reeducare a disartriei hiperton-hipokinetică au fost standardizate.

7. TULBURĂRILE PSIHOMOTORII

În literatura de specialitate, legătura dintre funcţiile motorii şi cele psihice, ca elemente fundamentale ale comportamentului uman şi ale acţinunilor sociale, ce se realizeză sub efectul maturizării sisitemului nervos central, este cunoscută sub denumirea de psihomotricitate. Procesele şi funcţiile psihice sunt traduse prin mişcări reflexe, tonus, postură, echilibru, coordonare, motilitate. Mişcările nu se produc separat de funcţiile psihice decât în cazuri patologice. Orice acţiune presupune conlucrarea unor procese de cunoaştere, calitatea actelor motorii fiind dependentă de integritatea unor structuri neurofiziologice senzoriale şi motorii şi de modificările obiective şi subiective pe care le determină efectele acestor acţiuni. Calitatea actului motor este legată de echipamentul neuroanatomic, motricitatea fiind înţeleasă, în primul rând ca un sistem de mişcări coordonate prin care fiinţa umană reacţionează la stări interne sau externe. Mişcările voluntare constituie rezultatul final al interacţiunii stimulilor generaţi la nivelul structurilor de elaborare şi control ale sistemului nervos central, ca urmare a informaţiilor provenite din mediu şi se realizează prin acţiunea mai multor grupe de muşchi agonişti şi antagonişti la nivelul articulaţiilor şi prin stabilirea unor corelaţii funcţionale complexe pentru a se realiza flexia, extensia, adducţia, abducţia şi rotaţia. Funcţia motorie normală implică o participare a unor elemente segmentale ce sunt constituite din reflexele spinale, medulare, care „leagă” fiecare muşchi de măduvă şi care pot funcţiona autonom, fără să depindă de conştienţă dar care, în mod obişnuit, sunt controlate de centrii superiori (suprasegmentali). Întregul sistem motor este dirijat de cortex, care este sediul mişcărilor voluntare, cerebelul funcţionând ca un coordonator sumator. Trunchiul cerebral constituie centrul de integrare al semnalelor, substanţa reticulată integrând aferenţele şi eferenţele sosite la nivelul său de la măduvă, cortex, nucleii bazali şi cerebel, activând în sens ascendent scoarţa cerebrală, iar în sens descendent influenţând activitatea măduvei, tonusul postural, reflexele somatice.

În acelaşi timp, un act motor nu se poate realiza fără o intenţie, fără a se aştepta un rezultat, mişcarea fiind organizată şi coordonată de psihism, fiind în interferenţă cu dezvoltarea intelectuală dar şi cu afectivitatea, mişcarea fiind influenţată şi de elementele emoţionale ale propriului corp. Chiar şi mişcările automate sunt accentuate sau diminuate în funcţe de starea psihică a subiectului. Construcţia actului motor nu este numai adăugare de contracţii musculare, ci şi apetenţă, luare de contact. Derularea actului motor implică o funcţionare fiziologică dar motricitatea nu-şi va găsi sensul decât dacă vom ajunge a o înţelege în integritatea sa, începând cu fenomenele mai elevate ale dorinţei şi voinţei, după cum arată Ajuriaguerra (1977). Fiecare fapt de conştiinţă, fiecare emoţie se repercutează pe corp şi antrenează o variaţie a tonusului muscular, motivaţia, stările afective influenţând performanţele motrice.

Realizarea unui act motor voluntar presupune înlănţuirea unor procese gnozice şi praxice. Perceperea defectuasă sau prelucrarea defectuasă a mesajelor ce vin pe canalele informaţionale provoacă tulburări în realizarea motrică chiar în lipsa unor deficienţe

motorii. Actul motor adecvat necesită perceperea, reprezentarea şi recunoaşterea corectă a mesajelor informaţionale ce sunt comparate cu urmele mnezice ale altor stimuli, precum şi programarea acţiunii în vederea atingerii unui scop. Toate acestea se desfăşoară gradat la niveluri succesive: stabilirea scopului acţiunii, formularea cinetică a acţiunii prin alegerea, din stocul mnezic al formulelor cinetice pe care le-a învăţat, pe cele mai adecvate, iar ultimul nivel include intervenţia motorie centrală şi periferică, căile motorii piramidale, extrapiramidale, cerebeloase şi conlucrarea armonioasă între diferitele grupe de muşchi care efectuează mişcarea.

Aşadar, efectuarea actului motor voluntar, calitatea acestuia sunt influenţate de toate funcţiile şi procesele psihice care asigură recepţia, prelucrarea mesajelor, programarea şi execuţia actului motor, implicând participarea unei structuri complexe care este psihomotricitatea.

În această structură, motricitatea reprezintă numai ultimul nivel, cel al execuţiei mişcărilor, psihomotricitatea fiind o expresie a întregului sistem al personalităţii, reprezentând rezultatul integrării interaţiunii educaţiei şi maturizării sinergiei şi conjugării funcţiilor motrice şi psihice nu numai în ce priveşte mişcările dar şi ceea ce le determină şi le însoţeşte: voinţă, afectivitate, nevoi, impulsuri (**Lafon**, 1979).

Termenul de psihomotricitate a fost introdus de F. Dupré care a arătat că actul motor nu este numai o maşinărie neurologică, ci rezultatul interacţiunii întregului organism, psihic – somă, căruia i se adaugă mediul, actul motor fiind rezultatul produsului psihic-somă-ambianţă (**P. Canoui**, 1994).

Funcţiile psihice şi cele motrice, arată Porot, sunt cele două elemente fundamentale ale activităţii sociale şi ale comportamentului uman.

Ambele, rudimentare la naştere, evoluează în timpul copilăriei şi se dezvoltă strâns conjugate la început, apoi suportă integrări din ce în ce mai ierarhizate şi diferenţieri în sectoare perfecţionate. Dar şi unele şi altele rămân, totuşi, supuse la interacţiuni reciproce care, în ciuda specializărilor respective, menţin o solidaritate profundă.

După A. de Meur (1981), psihomotricitatea evidenţiază raporturile ce există între motricitate, intelect şi afectivitate şi permite aprecierea globală a copilului.

Psihomotricitatea este o funcţie complexă ce integrează şi subsumează manifestări motrice şi psihice care asigură reglarea comportamentului individual, incluzând participarea diferitelor procese şi funcţii psihice, care asigură atât recepţia informaţiilor cât şi executarea adecvată a actului de răspuns. Elementul de bază pentru toate acţiunile motorii este imaginea globală a propriului corp situată în spaţiu şi timp, orice mişcare presupunând schimbarea poziţiei diferitelor segmente corporale în raport de anumite repere spaţiale şi temporale astfel încât între componentele psihomotricităţii vom distinge conduite motorii şi conduite perceptiv-motorii.

Tulburările psihomotorii sunt denumite şi tulburări instrumentale (**De Meur A., Staes L.**, 1981), termen ce subliniază faptul că o tulburare de natură psihomotrică afectează personalitatea. Dizabilităţile neuromotorii afectează realizarea conduitelor motrice de bază, dezvoltarea şi structurarea normală a schemei corporale, orientarea şi structurarea spaţială şi temporală.

Tulburările psihomotorii la copil au fost abordate de diferiţi autori prin raportare la manifestările acestor tulburări la adult, care sunt provocate de afecţiuni neurologice. La

copil, aceste tulburări prezintă anumite caracteristici care le diferențiază, dat fiind faptul că encefalul copilului prezintă o mare plasticitate și un mare potențial de capacități. Din cauza interacțiunilor multiple care există între diferitele tipuri de tulburări, în literatura de specialitate nu s-a ajuns la un acord în clasificarea acestora. Schematic, vom aborda aceste tulburări după următoarea clasificare:

1. Tulburări ale motricității: IMOC (care a fost abordată în capitolul dedicat deficiențelor neuromotorii), afecțiuni cerebrale minime, debilitate motrică, tulburări de realizare a funcțiilor motrice (tulburări praxice, tulburări ale comportamentului motor – instabilitate psihomotrică, mișcări psihomotorii anormale – tulburări ale conduitelor motrice de bază – echilibru, mers, prehensiune, coordonare a mișcărilor);
2. Tulburări perceptiv-motrice: de schemă corporală, de lateralitate, de orientare și structurare spațială și temporală.

I. TULBURĂRI ALE MOTRICITĂȚII

A. Afecțiuni cerebrale minime (ACM).

Spre deosebire de formele care localizează o leziune, formele dure din IMOC, afecțiunile cerebrale minime sunt forme mai lejere și se caracterizează prin faptul că nu ies în evidență la un examen clinic tradițional și solicită metode de investigație speciale, sunt intermitente, adică se pot manifesta în anumite situații. Termenul este destul de ambiguu, dat fiind faptul că, la copil, plasticitatea structurilor cerebrale în evoluție permite maturizarea cerebrală și posibilități de vicarianță și este folosit pentru a descrie o serie de semne comportamentale anormale: hiperactivitate, tulburări de concentrare, impulsivitate, labilitate emoțională.

Motricitatea se caracterizează prin prezența deficiențelor de coordonare, retard de dezvoltare motorie, diskinezii, tulburări de motricitate fină. Apar și tulburări în sfera spațio-temporală și retard în apariția limbajului.

Un astfel de simptom a fost descris, pentru prima dată, de Strauss în 1947, sindrom ce se caracterizează prin tulburări în sfera receptiv-motorie, cognitivă, afectivă și a limbajului, ca urmare a unor leziuni sau infecții cerebrale înainte sau după naștere și a fost considerată de Strauss rezultatul unei ACM, dat fiind că, în majoritatea cazurilor, nu există niciun dat anatomic sau neurologic care să permită localizarea organică. Acest sindrom este caracteristic pentru cazurile de debilitate mintală exogenă.

Principalele sale trăsături sunt:

- Tendința generală spre perseverare;
- Dificultăți în perceperea figură-fond;
- Fixarea pe elementele neesențiale într-o activitate de comparare;
- O accentuată incapacitate de autocontrol;
- O instabilitate a comportamentelor pe fondul unei debilități a dispoziției, conduite anxioase și agresive.

Acest tablou a fost completat de E.A. Doll (1941), care evidenţiază alte caracteristici:

- Insuficienţe ale percepţiei vizule şi auditive;
- Insuficienţe ale simţului ritmului, tulburări de lateralitate şi de limbaj;
- Dificultăţi de învăţare şi de adaptare la situaţii noi;
- Subnormalitate a competenţei sociale (după **Gh. Radu, 2000**).

B. Debilitatea motrică

Debilitatea motrică este o stare de insuficienţă şi imperfecţie a funcţiilor motrice considerate în adaptarea lor la actele obişnuite ale vieţii, ce se manifestă prin întârziere în apariţia mersului, prehensiunii, echilibrului.

Termenul a fost introdus de E. Dupré în 1907 şi reprezintă o inadaptare la mediu fără bază neurologică precisă. Pentru Dupré debilitatea motrică este cauzată de o insuficienţă în maturaţia sistemului piramidal, este o „hipogenezie" corticală care este adesea ereditară şi familială (**J. Corraze**, 1981).

Pe plan semiologic debilitatea motrică se caracterizează prin triada: anomalii ale tonusului (paratonii şi sincinezii), anomalii ale reflexelor şi catalepsie.

Paratoniile sunt tulburări ale tonusului, ce constau în hipertonie în stare de repaus. Dacă i se cere subiectului să-şi relaxeze muşchii, el nu reuşeşte, ba chiar tonusul creşte. Când doarme sau este bine dispus, muşchii au o relaxare normală, Dupré văzând în aceasta o insuficienţă a puterii inhibitorii voluntare.

Sincineziile sunt tulburări ce se manifestă prin mobilizarea unor muşchi ce nu au legătură cu execuţia mişcării. După Ajuriaguerra şi Mira Stambak, există două tipuri de sincinezii: sincinezii de difuziune tonică, atunci când mişcarea voluntară produce o creştere a tonusului muşchilor ce nu au legătură cu mişcarea şi sincinezii de difuziune tonico-cinetică sau de imitaţie, când mişcarea voluntară este acompaniată de o altă mişcare ce nu are legătură cu mişcarea propriu-zisă. În funcţie de regiunile corpului în care se efectuează mişcările parazite, sincineziile pot fi homolaterale, când muşchii vecini sau de aceeaşi parte a corpului sunt implicaţi, controlaterale sau simetrice, când mişcările parazite sunt efectuate prin implicarea muşchilor din partea opusă a corpului şi sincinezii generalizate, când sunt difuzate în ansamblul corpului.

Dupré a insistat asupra importanţei sincineziilor ca semn al retardului în dezvoltarea motorie, dar după Ajuriaguerra semiologia lor rămâne vagă şi data dispariţiei lor incertă.

Astfel, Ajuriaguerra împreună cu Mira Stambak au relevat o primă grupă de copii între 6-8 ani ce se caracterizează prin sincinezii importante dar cu diferenţe considerabile între copiii de aceeaşi vârstă. Între 9 şi 10 ani, sincineziile care mai există sunt mai puţin marcante ca şi dispersia rezultatelor. La 12 ani, în mod normal, nu mai există sincinezii cinetice, dar sincineziile tonice se mai pot menţine. Astfel, sincineziile tonico-cinetice par a fi în legătură cu stadiile genetice, în timp ce sincineziile tonice par a fi independente de evoluţie, existând la toate vârstele la anumiţi subiecţi.

Catalepsia se caracterizează prin conservarea exagerată a atitudinilor pasive prin suspensia iniţiativei motrice şi un facies încremenit.

După Lafon sindromul de debilitate motrică se caracterizează prin întârziere în apariţia mersului şi a limbajului, imposibilitatea întreruperii voluntare a contracţiei musculare, persistenţa sincineziilor, exagerarea reflexelor tendinoase, tulburări ale tonusului muscular (hipertonie), mişcări coreiforme, semne discrete de disfuncţii cerebeloase şi extrapiramidale, tulburări de dominanţă cerebrală, mişcări nesigure, greoaie, bâlbâială.

C. Tulburări de realizare a funcţiilor motrice. Tulburări praxice

Apraxia

Praxia reprezintă un aspect diferenţiat al comportamentului motor. După Piaget, praxiile sunt mişcări determinate de sisteme de mişcări coordonate, în funcţie de un rezultat sau de o intenţie. Praxiile reprezintă totalitatea gesturilor şi a mişcărilor necesare pentru efectuarea unor acţiuni voluntare complexe, în vederea îndeplinirii unui scop. Praxia este o activitate psihomotorie intenţionată şi o activitate mnezică bazată pe memorizarea în timp şi spaţiu a mişcărilor ce trebuie executate în vederea îndeplinirii acţiunii intenţionate.

Tulburările praxice (apraxiile) sunt tulburări ale activităţii gestuale în afara unor tulburări paralitice, de tonus sau ataxice. Apraxia este, deci, o tulburare psihomotorie, în care este tulburată joncţiunea între factorul motor şi cel psihologic.

În ***apraxia motorie*** sau melocinetică, în care apar dificultăţi în efectuarea mişcărilor voluntare izolate, în timp ce gesturile mai complexe sunt realizate mai bine, formula cinetică şi cea ideatoare a actului motor sunt păstrate, tulburarea fiind între programe şi execuţia actului.

Apraxia buco-facială este o formă a apraxiei melocinetice şi se manifestă prin incapacitatea de a executa mişcări ale musculaturii feţei şi ale gurii la cerere, independent de motilitatea care însoţeşte vorbirea: să închidă, să deschidă gura la cerere, să reproducă mimica surâsului. Aceste dificultăţi se deosebesc de cele prezente în pareze faciale prin faptul că în apraxie mişcarea care nu poate fi executată la ordin, poate fi executată corect când este inclusă corect într-o activitate automată, în timp ce în pareze, mişcarea nu poate fi executată în nicio situaţie.

Apraxia ideatorie se manifestă prin dificultăţi în a utiliza gesturile într-o suită de acte, de a executa gesturi complexe concrete, fiecare secvenţă elementară fiind bine executată, dar fiind perturbat planul programării acţiunii globale. Subiectul este incapabil să utilizeze corect obiectele, acestea fiind, totuşi, recunoscute şi denumite, iar funcţia lor practică poate fi definită. Dacă i se cere să taie o bucată de carne înfige furculiţa alături şi taie furculiţa cu cuţitul.

Apraxia ideomotorie se manifestă în momentul gesturilor ce nu presupun utilizarea obiectului concret (gesturile simbolice). Subiectul poate descrie gestul, îl poate utiliza în activităţi spontane, dar nu-l poate executa la ordin. Este incapabil să mimeze gesturi simbolice (semnul crucii, salutul militar), gesturi pe care le poate executa în activităţi spontane. Este provocată de leziuni parietale ale emisferei dominante.

Apraxia constructivă constă în imposibilitatea de a ordona spaţial actele motorii necesare desenului sau construcţiei unor forme şi este provocată de leziuni posterioare şi mijlocii ale lobului parietal, distingându-se: apraxia constructivă de emisferă nedominantă, ce se manifestă prin dezorganizarea percepţiei spaţiale, nerespectarea

distanțelor, proporțiilor, deficite în asamblarea unei figuri și apraxia constructivă de emisferă dominantă ce se manifestă, îndeosebi, prin tulburări conceptuale, putând fi asociată cu afazia amnestică, sindrom Gerstman, caracterizat prin agnozie digitală, agrafie pură, acalculie și dezorientare stânga-dreapta.

Dispraxia de dezvoltare este un sindrom caracterizat prin dezabilități ale căror caracteristici se aseamănă cu unele manifestări ale apraxiei întâlnită la adult. Este o tulbrare de achiziție a performanțelor gestuale, spre deosebire de apraxie, în care are loc regresia acestora.

Dispraxia la copil se manifestă prin neîndemânare în activitățile cotidiene, are dificultăți în a-și face singur toaleta, să se îmbrace, să se încalțe, să se folosească de obiectele cele mai comune: pieptene, furculiță, cuțit, mănuși etc. Este neîndemânatic în activitățile fizice: nu reușește să prindă, să arunce o minge, să meargă pe bicicletă, să bată o minge de mai multe ori pe pământ. Prezintă lentoare în toate activitățile, dacă se mărește viteza, neîndemânarea crește. Semnele neurologice sunt prezente și variază ca intensitate fie discrete, fie evidente.

După unii autori, dispraxiile sunt cauzate de prematuritate, după alții nu există o etiologie precisă fiind vorba de o anomalie de dezvoltare cerebrală care ar putea fi provocată de factori ereditari (**Corraze, J.,** 1981).

La copiii dispraxici, formele constructive sau cele de îmbrăcare sunt întotdeauna prezente dar se pot întâlni și manifestări asemănătoare apraxiei ideatorii sau ideomotorii, inadaptarea gesturilor în prezența obiectelor uzuale, dificultăți în imitarea gesturilor, dificultăți în numirea și recunoașterea părților corpului, desenul unor persoane se caracterizează fie prin mare sărăcie, fie prin mare neîndemânare cu alterarea detaliilor. Lateralitatea este prost fixată.

Cu toate că rezultatele la probele verbale sunt mai bune decât la cele de performanță (QIP fiind inferior cu cel puțin 20 de puncte față de QIV, tulburările de limbaj sunt întotdeauna prezente).

Dispraxiile faciale sunt asemănătoare cu apraxiile buco-linguo-faciale. La adult, există o disociere automatico-voluntară, amimia este frecventă, prezintă dificultăți în a executa la cerere mișcări ale feței, limbii, ochilor în timp ce masticația și deglutiția spontane sunt normale, astfel încât apar tulburări articulatorii la toți dispraxicii. De asemenea, tulburările lexico-grafice de tip dilexo-disgrafie de evoluție sunt prezente pentru copiii dispraxici.

Se poate izola tabloul clinic descris de J. Ley sub numele de „audimutitate idiopractică prin retard de dezvoltare ale funcțiilor praxice”, pe care Ajuriaguerra și colabolatorii (1977) îl numesc audimutitate comportând un element dispraxic important. Este vorba de copiii care nu vorbesc, deși posedă o audiție normală și care prezintă dezordine de structurare spațială și la care dipraxia, cu predominanță cea buco-linguo-facială este elementul de bază în tabloul unei deficiențe psihomotorii generale.

D. Tulburările motorii de comportament

Dat fiind faptul că atitudinile motrice sunt expresii ale personalității subiectului, de la cele mai mici vârste, prin aceste tulburări se pun în evidență dificultăți diverse ale acestuia, răsfrângându-se și asupra limbajului.

Instabilitatea psihomotorie sau hiperkinezia este un sindrom concretizat printr-un exces cantitativ de mişcare, o hiperactivitate sterilă cauzat de un deficit de inhibiţie. Excesul cantitativ de mişcare are consecinţe şi asupra intelectului (înţelegerea este sumară), atenţiei (este incapabil să urmărească o acţiune, să se concentreze, să urmărească un scop), asupra afectivităţii (este impulsiv, nesupus, manifestă permanentă nevoie de opoziţie), toate acestea influenţând şi asupra dezvoltării limbajului care este mai sărac decât al copiilor fără astfel de manifestări, tulburările de pronunţie fiiind, de asemenea, frecvente.

Hiperkinezia este mai evidentă în situaţii structurate care solicită imperative biologice sau sociale, în activităţile libere manifestările sunt mai atenuate. Iar în faţa atitudinii intolerante, simptomele se exacerbează.

Copilul hiperkinetic, din cauza tendinţelor impulsive, din punct de vedere cognitiv, nu foloseşte timpul necesar pentru analizarea informaţiilor de care ar putea dispune, iar din punct de vedere motor, orice stimul care se află în câmpul său perceptiv pot declanşa mişcări fără ca să existe inhibiţia necesară pentru a suspenda aceste acte astfel încât aceste mişcări necontrolate îl pot expune la accidente. Incapacitatea de a-şi inhiba acţiunile îl poate conduce şi la conduite antisociale, toleranţa la frustrare redusă, satisfacţia se vrea imediat şi rezistenţa întâmpinată îl conduce spre reacţii agresive.

Hiperkinezia este considerată ca unul din factorii cei mai frecvenţi în ceea ce priveşte dificultăţile de învăţare în plan şcolar. Copiii hiperkinetici au o incapacitate de a alege dintre diferite răspunsuri pe cele mai potrivite de a sesiza un element esenţial într-o organizare complexă, de a-şi inhiba un răspuns incorect când sunt plasaţi în faţa unor semnale contradictorii.

Când sunt solicitaţi să execute mişcări libere (tapping) mişcările sunt mai rapide decât la ceilalţi, în timp ce atunci când i se cere să execute mişcările cât mai repede posibil, ei conservă aceeaşi frecvenţă în timp ce subiecţii normali măresc frecvenţa. Afectivitatea este labilă, trec de la letargie la reacţiile cele mai brutale, stările depresive sunt, de asemenea, prezente, ca şi stările anxioase, fobiile. Hiperkinezia poate fi provocată de ACM dar şi de alţi factori: absorbţii de plumb din diverse surse, alcoolism, tulburări psihiatrice ale părinţilor ca şi factori psihosociali: lipsă de afecţiune, presiuni ce depăşesc toleranţa copilului.

Hipokinezia şi hipotonia

Hipokinezia, inhibiţia psihomotorie este sindromul opus şi se manifestă printr-o lentoare în gesturi, în deplasare, copiii hipokinetici prezintă şi ei dificultăţi de atenţie, emotivitate însoţită de tulburări neurovegetative, sunt depresivi, anxioşi. Hipokinezia se întâlneşte, în general, asociată cu debilitatea mintală. Se ştie că majoritatea copiilor cu sindrom Down prezintă hipotonie generalizată, o insuficienţă în menţinerea şi organizarea tonusului muscular. Această hipotonie antrenează dificultăţi în controlul funcţiilor respiratorii şi în coordonarea mişcărilor articulatorii, astfel încât frecvenţa tulburărilor de pronunţie, la această categorie de copii, este mai mare nu numai în raport cu copiii cu intelect normal dar şi în raport cu alţi copii deficienţi mintal. Se poate estima (Lambert J. Rondal J.A.) că un procentaj de aproxinativ 75% dintre subiecţii mongoloizi prezintă probleme articulatorii mai mult sau mai puţin importante.

Mişcări psihomotorii anormale

Sunt mişcări în aparenţă realizate în vederea obţinerii unui rezultat, dar care de fapt se execută în vid, fără a fi în raport cu exigenţele mediului şi care au devenit repetitive şi parazite pentru subiect. Aceste caracteristici se găsesc la două tipuri de mişcări: ticurile şi stereotipiile.

Ticul este o mişare bruscă şi rapidă ce pune în acţiune un grup restrâns de muşchi (**Corraze, J.,** 1981). Este o mişcare involuntară, rapidă, repetitivă, nonritmică. Executarea sa este precedată de o nevoie irepresibilă, dar concentrarea asupra unei sarcini absorbante îl poate suspenda temporar. Ticurile sunt exacerbate prin stres şi anxietate şi dispar în timpul somnului, cu excepţia formelor de tic ce se integrează în sindromul Gilles de la Tourette. Ticurile se pot manifesta şi prin vocalizări (zgomote, sunete, cuvinte) ce sunt mai rare decât cele motorii. Localizarea acestor mişcări anormale poate fi pe diferite regiuni ale corpului, la nivelul feţei fiind cele mai frecvente şi mai uşor remarcate (buze, nas, pleoape, bărbie etc.), la nivelul gâtului, realizându-se mişcări asemănătoare celei de aprobare, ridicarea umerilor etc.

Stereotipiile sunt mişcări complexe ce pun în joc un număr mai mare de muşchi, execuţia lor este mai lungă, sunt habitudini motrice intempestive repetate până la saturaţie:

- manipulări ale corpului: sugerea degetelor sau mişcarea lor, roaderea unghiilor (onicotilomanie sau onicofagie dacă unghiile sunt înghiţite), smulgerea părului (trichotilomanie) etc.;
- mişcări ritmice ale corpului înainte şi înapoi sau ale capului;
- manipulări ale obiectelor – învârtirea unui nasture de la haină, aranjarea fără încetare a şosetelor, manşetelor etc.

Ticurile sau stereotipiile sunt compatibile cu normalitatea personalităţii (**Cannoui, P.,** 1994), dar ele sunt mai frecvente la copiii şi adolescenţii cu tulburări de personalitate (imaturitate), la copiii carenţaţi, puţin stimulaţi, instituţionalizaţi, cu retard mental, autişti.

Cu privire la etiologia ticurilor există mai multe ipoteze, dar niciuna satisfăcătoare, cel mai probabil ticurile şi stereotipiile fiind provocate de factori genetici, neurochimici şi psihologici (dereglări ale neurotransmiţătorilor la nivelul SNC pe care stresul, anxietatea le agravează), disfuncţionalităţi la nivelul SNC, absenţa controlului sistemului nervos central asupra ganglionilor bazali.

O tulburare a comportamentului motor, mai rară dar foarte complexă, care se caracterizează atât prin prezenţa ticurilor, a stereotipiilor şi a diferitelor tulburări de limbaj, este sindromul Gilles de la Tourette. Sindromul este caracterizat prin prezenţa ticurilor şi stereotipiilor motorii multiple ca şi de unul sau mai multe ticuri vocale dar nu neapărat simultan (**Cannoui, P.,** 1994). Ecopraxiile (imitarea mişcărilor altor persoane), palilaliile (repetarea propriilor cuvinte), ecolaliile (repetarea cuvintelor emise de alte persoane) formează tabloul complex al sindromului.

Ticurile verbale ce variază de la mormăituri, bombăneli, palilalii, ecolalii, coprolalii (expresii urâte) sunt întâlnite frecvent. Cuvintele sunt pronunţate deformat (dislalie)sau cu dificultate. Bâlbâiala şi dislexia au o frecvenţă de până la 20 de ori mai mare ca în cadrul populaţiei generale fiind frecventă şi instabilitatea cu deficit de atenţie.

În tulburările motorii de comportament cum sunt ticurile şi stereotipiile, indiferent cu ce manifestări se asociază, psihoterapia şi terapia psihomotorie sunt indispensabile dat fiind consecinţele psihosociale ale acestora: depresii, dificultăţi şcolare şi de integrare socială. Prin intervenţie adecvată s-au obţinut rezultate şi în acest sindrom: integrare şcolară, relaţii bune cu colegii şi reuşită socioprofesională.

E. Tulburări de echilibru

Tulburările de echilibru static apar în afecţiuni vestibulare cerebeloase, proprioceptive şi se manifestă în funcţie de gravitatea afecţiunii. Dacă leziunea este uşoară, starea verticală este posibilă dar cu o bază de susţinere lărgită, în leziunile grave, echilibrul nu se poate realiza.

Tulburările echilibrului dinamic sunt provocate de afecţiuni piramidale, extrapiramidale, vestibulare, proprioceptive sau osteomusculare determinând un mers anormal. Când echilibrul se realizează cu dificultate este solicitată o mai mare atenţie şi un mai mare efort, fapt ce face ca oboseala, ca şi fenomenul de distragere involuntară a atenţiei să apară mai repede, fiind şi una din cauzele stărilor de anxietate şi a lipsei de încredere în posibilităţile proprii la copii.

Seeman (1967) a pus în evidenţă relaţia dintre tulburărlile de echilibru şi retardul de dezvoltare a limbajului. Pornind de la opinia lui Precechtêl, după care sistemul otolitic oportun dezvoltat, încă din perioada fetală are o importanţă deosebită pentru că reglează poziţia fătului, Seeman a constatat, la toţi copiii născuţi în poziţie anormală, retard de dezvoltare a limbajului, prezentând şi tulburări de statică în primii ani şi reacţii vestibulare paradoxale. Seeman a constatat că aceşti copii nu erau capabili să alerge până la 3 ani, învăţau cu dificultate să meargă, mersul era cu baza de susţinere lărgită, ridicau cu neîndemânare picioarele în timpul mersului, cădeau la cel mai mic obstacol, erau incapabili să se oprească în plină cursă, fiind nevoiţi să se ţină de diferite obiecte sau persoane. Acestei tulburări de echilibru Seeman i-a acordat o importanţă particulară în explicarea retardului în dezvoltarea limbajului, aceşti copii nu vorbeau în mod obişnuit până la vârsta de patru ani, sau emiteau câteva cuvinte incomplete, fiind capabili să înţeleagă şi să execute un ordin, prezentau o dislalie gravă până la vârsta şcolară şi nu aveau manifestări specifice copiilor cu deficienţe mintale. Acest fapt l-a făcut pe Seeman să evoce o relaţie posibilă între retardul de dezvoltare a limbajului şi o leziune congenitală a aparatului otovestibular. Faptul că aceşti copii au răspuns pozitiv la influenţele tratamentului logopedic l-a făcut pe Seeman să conchidă că, deşi între nucleii vestibulari şi nucleii motori ai organelor fonoarticulatorii există o relaţie certă, aceasta nu este suficient de stabilă, astfel încât o leziune vestibulară să provoace o perturbare a musculaturii organelor fonoarticulatorii. Pe de altă parte, dat fiind faptul că funcţiile aparatului otolitic pot fi înlocuite de alţi receptori, astfel se pot explica tulburările pasagere ale retardului în achiziţia echilibrului static şi dinamic, ca şi tuburările de dezvolatre a limbajului cu dislalie consecutivă, dar care răspund bine la influenţele intervenţiei logopedice.

F. Tuburări de coordonare a mişcărilor

Defectuasa coordonare a mişcărilor, aşa cum s-a mai arătat, este cauzată de afecţiuni cerebeloase sau proprioceptive, simptomul principal fiind ataxia, fiind cunoscut rolul cerebelului, care are o influenţă importantă asupra tonusului muscular şi în reglarea coordonării mişcărilor musculare complicate, după unii autori (**Botez, M.,** 1996) intevenind şi în căile motorii ale limbajului reglând coordonarea mişcărilor musculare ale organelor de vorbire ca şi a musculaturii laringiene. Astfel, ataxia, care apare în urma afecţiunilor cerebeloase, se manifestă şi la nivelul organelor fono-articulatorii (disartrie cerebeloasă). În afara formelor grave specifice IMOC există şi tulburări de coordonare ce nu sunt de tip ataxic.

Merburg, Seeman pretind că tulburările de dezvoltare ale cerebelului pot influenţa dezvoltarea limbajului, dar dacă nu sunt prea grave pot fi echilibrate prin alte influenţe compensatorii.

La copiii cu sindrom Down, coordonarea mişcărilor, în general, ca şi a mişcărilor articulatorii se realizează mai dificil din cauza hipotoniei generalizate, care-i caracterizează. Pe de altă parte, unii autori sunt de părere că dificultăţile motorii ale acestora sunt cauzate şi de o dificultate particulară în mobilizarea programelor motorii dobândite şi disponibile pentru efectuarea de secvenţe predeterminate de mişcări, ceea ce îi face mai dependenţi de feed-back-urile vizuale şi kinestezice decât alţi indivizi. Din acest punct de vedere, faptul că subiecţii mongoloidieni au cerebelul anormal de mic, chiar dacă mărimea unui organ nu este un indice absolut al bunei sale funcţionări, poate sugera o insuficienţă funcţională a cerebelului, cu consecinţe în organizarea mişcărilor şi în integrarea feed-back-ului motor şi, implicit, asupra organizării limbajului.

G. Tulburări ale echilibrului static

Echilibrul static (starea verticală) se realizează prin acţiunea antigravitaţională a unor grupe musculare ale trunchiului în raport cu poziţia capului în spaţiu. Un rol esenţial în realizarea stării verticale îl au sistemul vestibular, sensibilitatea profundă, conştientă (proprioceptivă), sistemul cerebelos şi sistemul extrapiramidal. Tulburările de echilibru static se întâlnesc în leziuni ale acestor sisteme importante.

a. tulburări de echilibru determinate de leziuni ale sistemului vestibular. Când leziunile sunt grave (afectând toate canalele semicirculare), starea verticală nu este posibilă (este nevoit să stea în pat). Schimbarea poziţiei corpului îi provoacă ameţeli. Când leziunea este mai uşoară, poziţia verticală este posibilă cu picioarele depărtate, cu tendinţa de a cădea de aceeaşi parte a leziunii, când aceasta este distructivă şi de partea opusă, când este iritativă. Tulburarea se accentuează cu ochii închişi. Solicitat să stea în poziţie verticală, cu picioarele lipite şi ochii închişi (proba Romberg), îşi pierde echilibrul lent.

b. Tulburări de echilibru de tip tabetic, cauzate de atingerea căilor sensibilităţii profunde (tabes, polinevrite). Dacă leziunea permite, starea verticală poate fi posibilă, cu picioarele depărtate, controlându-şi cu privirea membrele inferioare. Dacă închide ochii sau priveşte în altă parte îşi pierde imediat echilibrul.

c. Tulburări de echilibru de tip cerebelos întâlnite în leziuni ale cerebelului şi ale căilor cerebeloase. În leziuni mai uşoare, starea verticală este posibilă cu picioarele depărtate şi echilibru instabil. Închiderea ochilor nu accentuează tulburarea.

H. Tulburări de echilibru dinamic (mers)

Mersul este un act complex, la realizarea căruia participă sistemele: piramidal, extrapiramidal, vestibular, cerebelos, sistemul osteomuscular, sensibilitatea profundă. Afecţiunile la nivelul acestor sisteme determină un mers anormal cu următoarele caracterisitici:

a. mersul spastic:
   - în hemiplegia infantilă – este cosit, duce lateral membrul afectat, descriind un semicerc, datorită spasticităţii nu flectează gamba şi nici piciorul, ceea ce face ca acesta să fie mai lung;
   - în diplegia spastică (maladia Little), datorită hipertoniei membrelor inferioare cu o poziţie caracteristică: genunchii semiflectaţi şi aduşi în faţă, coapsele în rotaţie internă – mersul este forfecat, genunchii se freacă între ei, picioarele „raclează" solul;
   - în paraplegia spastică – mersul este încet, greoi, detaşază greu picioarele de sol, uneori mersul este imposibil. Nu poate flecta genunchii din cauza hipertoniei extensorilor.

b. mersul tabetic – datorat tulburărilor la nivelul sensibilităţii profunde – este talonat, cu dimensionarea greşită a mişcărilor, păşitul se face cu piciorul aruncat mai sus decât este necesar, atinge cu putere solul, întâi cu călcâiul, apoi cu talpa, îşi controlează mersul cu privirea. Închizând ochii mersul devine imposibil;

c. mersul în sindromul vestibular – cu baza de susţinere lărgită, deviază partea leziunii, nu poate urma o linie dreaptă înainte şi înapoi (mers în stea). Tulburarea se accentuează la închiderea ochilor;

d. mersul cerebelos este nesigur, cu baza de susţinere lărgită, în zig-zag, cu tendinţa de cădere, imposibilitate în menţinerea direcţiei. Închiderea ochilor nu accentuează tulburarea;

e. mers în sindromul extrapiramidal:
   - mers coreic. Este dansat, ţopăit datorită mişcărilor involuntare bruşte, dezordonate;
   - mers parkinsonian. Demarajul este lent, paşii sunt mici, corpul este rigid, aplecat în faţă, este însoţit de tremur parkinsonian. Nu se poate opri brusc, mai face câţva paşi.

f. mers legănat, întâlnit în miopatia primitivă, datorită musculaturii lombare sau din cauza luxaţiilor congenitale ale şoldului;

g. mers pe câlcâie (talus), pe partea externă a piciorului sau pe cea internă datorită malformaţiilor congenitale

I. Tulburări de prehensiune

Prehensiunea presupune realizarea unei pense între două segmente osoase. Tulburările pot fi cauzate de leziuni centrale sau periferice. În tulburările centrale, simptomul principal este spasticitatea, hipertonia musculară – contracturi ce se accentuează în stări emoționale. În hemiplegii infantile, degetele fiind flectate, policele perpendicular pe mână, prehensiunea nu este posibilă în forme grave; în forme ușoare și medii mâna poate fi folosită global fiind posibile și mișcări separate ale degetelor sau prehensiunea în clește.

Prehensiunea este afectată și în leziuni ale plexului brahial ce pot fi datorate unor traumatisme obstetricale, paralizii virale (poliomielită), sau paralizii posttraumatice.

Paraliziile de plex brahial sunt însoțite de hipotonie musculară și evoluează cu atrofii musculare și cu pierderea sensibilității. Paralizia poate fi totală prin smulgerea rădăcinii din măduvă și, în acest caz, brațul atârnă flasc, lipsă totală a mișcării și, parțială, leziunile afectând diferiți nervi ai plexului brahial:

- nervul ulnar – cu paralizia interosoșilor, policele este în plan cu celelalte degete (mână simiană). Într-o fază avansată, prin atrofia mușchilor intersosoși se ajunge la mâna în formă de „gheară" (flexia ultimei falange și extensia celorlalte);
- nervul median – cu incapacitatea de a flecta mâna și degetele; este abolită pronația antebrațului, prehensiunea este foarte deficientară;
- nervul radial – cu imposibilitatea extensiei degetelor și antebrațului (mână în „gât de lebădă").

Paraliziile diferiților mușchi ai mâinii se suplinesc foarte greu. Funcțiile mâinii și ale degetelor afectate (poziția policelui, flexia, extensia degetelor, abducția, adducția indexului și policelui) sunt foarte greu de recuperat.

Prehensiunea este afectată și datorită retardului în dezvoltarea motorie, specifică în deficiența mintală severă și profundă

II. TULBURĂRI PERCEPTIV-MOTORII

A. Tulburări de schemă corporală

Schema corporală reprezintă elementul central, principalul punct de reper în ordonarea și raportarea acțiunii și a gesturilor, în structurarea reperelor spațiale și temporale. Este reprezentarea mai mult sau mai puțin globală, mai mult sau mai puțin diferențiată asupra propriului corp.

Schema corporală (**Porot, A.**, 1976) reprezintă imaginea pe care o are fiecare despre corpul său, imagine totală sau parțială, percepută în stare statică sau dinamică sau în raport de părțile corpului între ele și mai ales în raportul acestuia cu spațiul și mediul înconjurător. Este o realitate de fapt ce ne permite a trăi contactul cu lumea fizică. Corpul real al copilului îi dă acestuia informații necesare asupra existenței sale în lume. Explorarea realității depinde de integritatea corporală, aceasta fiind îngreunată sau perturbată în caz de anomalii organice. Înainte de apariția limbajului, schema corporală permite raportarea corpului în spațiu și dobândirea experienței de moment.

Schema corporală (somatognozia) se elaborează prin integrarea informațiilor proprioceptive, tactile, vizuale, vestibulare, fiind o sinteză senzorială mereu desfăcută și

refăcută, dar şi cu implicaţii mnezice, lobul parietal din emisfera nedominantă fiind zona asociativă şi integrativă a acestor informaţii (**Arseni, Dănăilă, Golu,** 1984).

Experienţa corporală a copilului începe prin sinteza între simţurile sale, postură şi prin primele gesturi ce se complică din ce în ce. Deplasarea corpului copilului în spaţiu permite şi localizarea obiectelor şi acţiunea asupra realităţii. În acţiune, corpul copilului se deplasează în spaţiu care pentru el nu înseamnă nimic atâta timp cât corpul nu acţionează.

Integrarea informaţiilor corporale este reprezentată în scoarţa cerebrală printr-un model (homunculus) reprezentând segmentele sensibilităţii somestezice, informaţii ce se compară unele cu altele pentru a fi percepute şi apoi recunoscute, surprinzându-se semnificaţia. În afară de acest model al sensibilităţii somestezice, se formează şi un alt model reprezentând segmentele motorii (care efectuează mişcarea). În aceste modele (M Golu, 1980) se stabileşte o strânsă comunicare şi coordonare al cărei rezultat îl constituie premisa formării cunoaşterii de sine. Sinteza unificată a imaginii corpului şi înscrierea în aria conştienţei experimentale şi noţionale se realizează prin participarea conexiunilor parieto-occipitale şi parietotemportale.

Destrămarea complexului informaţional tactilo-proprioceptiv duce la perturbarea capacităţii de localizare a segmentelor corporale manifetstată prin incapacitatea de a descrie aceste segmente chiar când le atinge sau le vede, deficienţă ce se extinde şi asupra recunoaşterii schemei corporale şi la alte persoane (**Arseni, Dănăilă, Golu,** 1983).

Schema corporală (**De Meur, A., Staes, L.,** 1981) se formează în mai multe etape pe care un copil normal le parcurge până la intrarea în şcoală:

- trăirea corporalităţii, etapa când copilul începe să stăpânească mişcările şi să-şi perceapă corpul ca făcând un tot;
- cunoaşterea părţilor corpului este etapa când conştientizează segmentele corporale simţind fiecare parte a corpului şi văzând aceste segmente în oglindă sau la alte persoane;
- orientarea spaţio-corporală, când poate asocia componentele corporale la diferitele obiecte ale vieţii curente;
- organizarea spaţio-corporală este etapa când poate să jongleze cu toate posibilităţile corporale să adapteze mişcarea la scop, să descrie şi să reproducă o mişcare, o situaţie reflectată printr-o atitudine corporală.

Tulburările schemei corporale (asomatognoziile) pot avea un caracter patologic de natură cerebrală sau pot apărea la copil din cauza unor probleme motorii sau intelectuale şi se caracterizează prin întârziere, ritm lent, deformare şi evoluţie a structurilor de schemă corporală.

Tulburările de schemă corporală în leziuni cerebrale se manifestă prin incapacitatea de a recunoaşte şi de a folosi membrele de pe partea stângă a corpului în urma unor leziuni parietale ale emisferei drepte sau, în cazul unor leziuni parietale în emisfera stângă, tulburările sunt generalizate: este incapabil să descrie sau să localizeze diferitele părţi ale corpului (autopoagnozie). În leziuni occipitale se pot întâlni tulburări ce se manifestă prin imposibilitatea recunoaşterii fizionomiilor (prosopagnozii) deci, în aceste situaţii, tulburările de schemă corporală au, în principal, un caracter gnozic.

Tulburările schemei corporale la copil (**De Meur, A., Staes, L.,** 1981) se manifestă prin următoarele simptome:

- nu-şi cunoaşte părţile corpului, desenul omuleţului este sărac, elementele corporale sunt greşit plasate;
- nu poate să-şi situeze corect membrele în efectuarea gesturilor, din cauza dificultăţilor avute în perceperea poziţiei lor sau din cauza necunoaşterii posibilităţilor spaţiale ale propriului corp;
- nu este capabil să-şi adapteze mişcările corporale la scopul de atins.

Tulburările schemei corporale influenţează negativ asupra formării structurilor spaţiale şi temporale avându-se în vedere că aceste structuri se raportează la capacităţile de moment ale corpului. În funcţie de posibilităţile corporale, ce acţionează asupra spaţiului şi tot în funcţie de aceste posibilităţi, spaţiul este reprezentat. În actul grafic, tulburările schemei corporale se manifestă prin dificultăţi în executarea, la comanda educatorului, a mişcărilor sau în luarea anumitor poziţii. Semnele care indică necunoaşterea domeniilor corporale sau proasta utilizare a corpului în cursul gestului grafic variază în raport cu copiii. După Ajuriaguerra (1981) aceste deficienţe se pot manifesta prin:

- ţinerea incorectă a instrumentului de scris sau poziţii aberante ale degetelor chiar când motricitatea este normală;
- ezitări în ţinerea spontană a instrumentului, cât şi în cea rectificată;
- dificultăţi de a înlănţui diferitele poziţii adaptate la desfăşurarea mişcării;
- dificultatea în cursul exerciţiilor de a ţine seama de un consemn dublu;
- pierderea simţului formelor grafice, a modurilor de legare şi al mişcărilor necesare pentru a le executa dacă mărim brusc dimensiunea trăsăturilor.

Aceşti copii prezintă, după Ajuriaguerra, un fel de agnozie a poziţiilor şi a mişcărilor necesare scrisul şi motricitatea grafică realizându-se pe baza unor automatisme rigide care se desprind anevoie.

B. Tulburări de lateralitate

Funcţiile motorii, ca şi cele senzoriale, a căror integrare se realizează după principiul proiecţiei topice sunt funcţii precis localizate, legându-se imuabil de aceleaşi structuri neuronale. Această specializare strictă a structurilor neuronale în raport cu funcţiile senzoriale şi motorii îşi găseşte expresia cea mai adecvată în constituirea la nivelul scoarţei cerebrale în ariile de proiecţie corespunzătoare a imaginilor, contururilor, segmentelor motorii ale corpului şi ale suprafeţelor tactile ce reproduc segmentele corpului proporţional nu cu întinderea lor, ci cu importanţa lor funcţională. Astfel, sensibilitatea corporală de pe partea dreaptă a corpului este centralizată în emisfera cerebrală stângă şi invers, sensibilitatea corporală de pe partea stângă a corpului, în emisfera dreaptă. Motricitatea este determinată de influxurile neuronale ce pleacă din emisfera stângă spre partea dreaptă a corpului şi din emisfera dreaptă spre partea stângă. Cu toate că, din punct de vedere anatomic, cele două emisfere sunt identice, există o asimetrie funcţională, mai frecvent emisfera stângă are un rol dominant, această specializare fiind proprie numai omului. Asimetria funcţională a emisferelor cerebrale se manifestă printr-o preferinţă în utilizarea unei părţi sau a alteia a corpului, adică prin lateralizarea funcţională. Gesturile precise au nevoie de un centru de comandă unic, ce se instalează într-o emisferă (**Chauchard, P.,** 1981).

Lateralitatea exprimă, deci, inegalitatea funcţională a părţii drepte sau stângi a corpului ca o consecinţă a diferenţei de dezvoltare a funcţiilor în emisferele cerebrale (**Păunescu, Muşu**, 1990). Deci, lateralitatea funcţională presupune că unul din cele două organe simetrice este utilizat preferenţial în realizarea acţiunilor, fiind legată de o lateralitate emisferică, adică o emisferă realizează mai bine o funcţie decât cealaltă.

Lateralitatea poate fi clasificată după mai multe criterii:

- după intensitate: a) lateralitatea puternică, atunci când inegalitatea funcţională dintre organe se manifestă cu intensitate; b) lateralitatea slab conturată, când această inegalitate nu se manifestă (asemănător cu ambidextria);
- după omogenitate: a) lateralitatea omogenă, atunci când preferinţa pentru o parte a corpului se manifestă omogen pentru ochi, ureche, mână, picior; b) lateralitatea încrucişată, când preferinţa diferă – stânga pentru ochi, dreapta pentru mână;
- după natura sa, lateralitatea este normală, ca urmare a localizării fiziologice a funcţiei într-o emisferă şi patologică, atunci când emisfera dominantă este lezată şi cealaltă emisferă preia dominanta.

În funcţie de lateralitate, adică de dominanta unei părţi a corpului sub aspectul forţei şi al preciziei se însuşeşte orientarea spaţială stânga şi dreapta. Cunoaşterea dreapta-stânga reprezintă generalizarea percepţiei axei corporale şi se învaţă cu atât mai uşor, cu cât lateralitatea este mai afirmată. Când lateralitatea este slab conturată, va ezita în folosirea membrelor şi nu va putea stabili cu exactitate care este dreapta şi care este stânga. Lateralitatea, ca o specializare funcţională emisferică este în strânsă legătură cu dezvoltarea limbajului.

Prevalenţa manuală, ca semnul cel mai evident al unei asimetrii funcţionale (aprox. 90% din oameni, indiferent de rasă şi cultură, folosesc cu predilecţie mâna dreaptă) şi specializarea emisferei stângi pentru funcţiile verbale sugerează o relaţie între cele două fenomene. Unii autori (Kimura, după J. Sergent) sunt de părere că proximitatea ariilor corticale ce controlează emisia de semne verbale şi mişcările manuale ar putea explica această relaţie, iniţial prin intermediul unei comunicări gestuale cu mâna dreaptă. Această părere nu poate fi susţinută, dat fiind faptul că asociaţia dintre prevalenţă manuală şi specializarea pentru limbaj nu este perfectă. Apriximativ 96% dintre dreptaci au o reprezentare a limbajului în emisfera stângă şi 4% în cea dreaptă.

La stângaci, reprezentarea limbajului este în aproximativ 70% din cazuri în emisfera stângă, 15% în cea dreaptă şi 15% bilaterală. Deci, specializarea emisferică este foarte puternică pentru dreptaci, dar rămâne neînţeleasă pentru stângaci (**Sergent, J.**, 1996).

Cercetările din ultimul timp arată că limbajul se realizează prin intermediul ambelor emisfere, emisferei stângi revenindu-i rolul principal dar nu exclusiv.

Din punct de vedere strict anatomic, distincţia dintre funcţiile verbale şi cele nonverbale ilustrează cel mai bine asimetria funcţională a creierului. Un deficit verbal, atât la nivelul emisiei, cât şi al înţelegerii, este, în majoritatea cazurilor, rezultatul afectării unor zone localizate în emisfera stângă, iar tulburările ce apar în sfera vizuo-spaţială sau de orientare în spaţiu sunt rezultatul unor lezuni situate în emisfera dreaptă. Deci, emisfera stângă are rol predominant în domeniul funcţiilor verbale dar cele două

emisfere nu se află în competiție una cu alta ci cooperează, aducând fiecare contribuția sa, în funcție de specificul funcției pe care o are.

Cu toate că din punct de vedere anatomic, cele două emisfere sunt simetrice, se pare că există o predispoziție înnăscută a emisferei stângi, mai ales în ceea ce priveşte înțelegerea verbală. Geschwiad şi Lewitsky au demostrat că o zonă din lobul temporal (planum temporal) care este o porțiune din aria Wernicke, este de aproximativ 7 ori mai mare la nou-născuții stângaci față de cei dreptaci.

Specializarea emisferelor cerebrale, în relație cu limbajul, poate fi pusă în evidență prin sistemul scrierii japoneze, ce dispune de două sisteme de semne: scrierea kana, ce se compune din 46 simboluri, fiecare fiind corespondentul unei unități sonore distincte, fiind o scriere fonetică şi scrierea kanji care nu este fonetică ci ideografică, fiecare semn având un sens care este propriu, relația dintre semn şi sunet fiind arbitrară semnele kanji fiind într-un număr mai mare – cel puțin 1800 în lista oficială. Cele două sisteme se învață pe rând: întâi kana, apoi, la sfârşitul claselor primare, kanji. Tulburările de limbaj survenite în urma unor leziuni cerebrale sunt diferite în funcție de localizarea lezională pentru cele două sisteme de scriere. Leziunile emisferei stângi afectează scrierea şi citirea în sistemul kana, recunoaşterea semnelor kanji, care fac apel la capaciltățile emisferei drepte legate de memorarea imaginilor, nefiind afectată decât într-o măsură mică.

Prin tulburări de lateralitate înțelegem lipsa de omogenitate a dominației cerebrale, ce se manifestă printr-o lipsă de omogenitate a preferințelor în executarea gesturilor de către segmente corporale simetrice. Lipsa de structurare a unei lateralități, lateralizarea tardivă sau insuficientă constituie, de asemenea, tulburări ale lateralității.

Aceste tulburări sunt şi simptome ale unei scheme corporale rău integrate şi ale unor dificultăți de origanizare spațială fiind asociate cu tulburări ale limbajului oral sau scris. Preferința pentru mâna stângă în executarea gesturilor nu este o tulburare a lateralității, atâta timp cât preferința pentru segmentele corporale simetrice (ochi, mână, picior) este tot de stânga, aceasta fiind semnul unei dominanțe cerebrale omogene situată în emisfera dreaptă, semnul unei lateralități structurate, chiar dacă aceasta se întâmplă foarte rar.

În această situație, contrarierea acestei preferințe manuale (forțarea copilului să folosească mâna dreaptă pentru scris) are consecințe negative în plan neurologic şi psihologic (enurezis, onicofagie, instabilitate, anxietate) precum şi în ceea ce priveşte limbajul (bâlbâiala, dislexie, disgrafie).

Nonapariția unei lateralități structurate (când execută mai bine o activitate cu un segment corporal şi preferă să execute altă activitate cu segmentul corporal simetric) influențează asupra dezvoltării normale a limbajului. Nonapariția lateralității arată Tomatis, este o constantă în nonachiziția limbajului, nonachiziția unui limbaj elaborat (oral sau scris) corespunde unei lateralități nonelaborate, nonstructurate, lateralitatea şi limbajul mergând în pereche, putându-se considera că se generează reciproc.

Subiecții cu preferință manuală de stânga, atară J. Corrazé (1981), cei care, în general, sunt numiți stângaci, sunt mai puțin lateralizați decât cei cu preferință manuală dreapta, o preferință omogenă pentru toate segmentele de pe partea stângă întâlnindu-se foarte rar. Unii autori, luând în considerare numai preferința manuală, ajung la concluzia

că stângăcia este, prin ea însăşi, o cauză a tulburărilor de limbaj. În realitate, aşa cum s-a arătat, stângăcia absolută apare în mod excepţional.

În această situaţie poate fi vorba de o lateralitate încrucişată (preferinţă manuală de stânga şi preferinţă pentru ochiul drept).

Această formă de tulburare a lateralităţii a fost asociată cu tulburări ale limbajului scris-citit. Samuel Orton explică aceste tulburări prin conflictul de dominanţă între ce face mâna şi ce vede ochiul

C. Tulburări de structurare spaţială

Orientarea în spaţiu presupune diferenţierea şi evaluarea dimensiunilor metrice ale obiectelor: formă, mărime, volum, ce se realizează pe baza integrării informaţiilor tactile, kinestezice, vizuale în scheme unitare la nivelul lobului occipital.

Baza conceptuală a orientării spaţiale (generalizarea proprietăţilor de formă, mărime, proporţionalitate prin care se asigură operarea mintală, discursivă şi anticipativă presupune participarea lobului parietal, căruia, se pare, că îi revine rolul determinant. Prin perceperea şi evaluarea distanţelor şi a raporturilor poziţionale între obiecte se realizează „hărţi mintale", spaţiale, o schemă în care sunt plasate şi localizate obiectele concrete, după coordonate de distanţă şi poziţie, raporturi spaţiale de simetrie şi asimetrie. Între aceste „hărţi mintale" (**Arseni, Dănăilă, Golu**, 1983) se realizează o corelaţie dinamică, o succesiune serială de „clişee" ce presupune participarea mecanismelor integrative parietale.

Structurarea spaţială presupune conştientizarea situaţiei propriului corp în raport cu mediul exterior conştientizarea obiectelor între ele, precum şi capacitatea de a organiza activitatea, de a plasa obiectele în funcţie de reperele spaţiale dorite.

Structurarea spaţială (**De Meur, A., Staes, L.**, 1981) se realizează pornind de la schema corporală şi prin locomoţie şi manipulare în mai multe etape:

- cunoaşterea noţiunilor spaţiale, etapă în care copilul învaţă să se deplaseze în „spaţiul obişnuit"; percepe forme, mărimi, cantităţi şi poate să le trieze;
- orientarea spaţială, când ştie să se orienteze pe sine în funcţie de diferite repere sau să orienteze obiecte în raport cu propriul corp;
- organizarea şi structurarea spaţială ce se referă la capacitatea de a combina diverse orientări, organizarea având ca punct de referinţă aporturile obiectelor între ele, organizarea spaţiului delimitat (hârtia) în scopul realizării obiectivelor legate de coordonarea vizuală cu cea manuală, memorie perceptivă, spaţială şi motrică. În această etapă se dezvoltă, deci, coordonarea spaţiului vizual cu cel manual, adică funcţia perceptiv-motrică ce presupune capacitatea de a percepe relaţii şi configuraţii spaţiale, compararea şi reproducerea acestora, înţelegerea relaţiilor spaţiale pe baza unui mecanism logic, presupunând anticiparea mentală spaţială.

Structurarea spaţială este afectată la copil ca urmare a proastei integrări în schema corporală, a tulburărilor de lateralitate sau a tulburărilor de percepţie vizuală.

După A. de Meur şi L. Staes (1981) simptomele tulburărilor de structurare spaţială sunt:

- nu cunoaşte termenii spaţiali şi, ca urmare, este incapabil să se integreze în activităţi din cauza incapacităţii de orientare;

- cunoaşte termenii spaţiali, dar percepe greşit poziţiile fie pe axa stânga-dreapta, fie pe plan vertical, cu consecinţe în plan lexico-grafic (confuzii de litere, grafeme, inversiuni cinetice);
- nu are memorie spaţială, este incapabil să recunoască locuri familiare, să refacă un traseu şi, ca urmare, în plan lexico-grafic, deşi nu are tulburări de percepţie spaţială face confuzii între litere sau grafeme pentru că uită cui corespunde simbolul acestora, deci este incapabil să realizeze relaţia fomen-grafem-literă;
- are dificultăţi de organizare spaţială ce se manifestă în planul grafic prin erori de formă şi proporţii, scris în diagonală, spaţiu între rânduri prea mare sau rânduri înghesuite.

La adulţi, tulburările de structurare spaţială sunt provocate de leziuni parietale, cu manifestări de natură apraxică sau de leziuni occipitale, tulburările fiind de natură gnozică.

Din afecţiunile situate în lobul parietal superior (**Arseni, Dănăilă, Golu,** 1982) sunt dezorganizate componentele mintale ale orientării în spaţiu se pierde capacitatea de anticipare a transformărilor spaţiale ale obiectelor, capacitatea de a-şi organiza şi proiecta acţiunile ţinând seama de caracteristicile spaţiului, se confundă direcţiile de deplasare, poziţiile topografice ale obiectelor. În afecţiunile parietale posterioare, se perturbă capacitatea alcătuirii unei schiţe reprezentând un spaţiu familiar recompunerea obiectelor din părţi prezentate disparat, construirea figurilor geometrice (apraxie constructivă). În leziuni parieto-occipitale, praxia constructivă este şi mai dezorganizată. Se confundă planuri simetrice, sistemul de reprezentări spaţiale este destrămat, are loc o disfuncţie a schemelor logico-operaţionale privind simbolistica spaţială. Lobii parietali stâng şi drept (Botez M., 1996) funcţionează după principiul general al funcţionării emisferice: emisfera dreaptă controlează gândirea şi memoria spaţială, iar cea stângă gândirea şi memoria abstractă, deci spaţiul abstract.

În leziuni occipitale, cu afectarea ariilor asociativ-integrative 18 şi 19 Brodman, este afectată structuralitatea imaginii spaţiale preconcepute, apar tulburări ale percepţiei vizuale a formei, mărimii, mişcării obiectelor sub numele de metamorfopsii: macropsii sau micropsii (denaturări ale dimensiunii obiectelor), perceperea inversată, ca în oglindă, alterarea conturului obiectelor (estompare, dublare). Aceste manifestări se asociază cu tulburări lexico-grafice (confuzii, de litere sau grafeme, scris ca în oglindă etc.)

În relaţia cu tulburările lexico-grafice, Ajuriaguerra (1981) descrie manifestările tulburărilor de orientare şi structurare spaţială, cu menţiunea că aceste categorii de tulburări pot fi asociate la acelaşi copil, iar tehnicile de reeducare privesc, toate, organizarea spaţiului.

La copiii mici, de 5-6 ani, tulburările de orientare se pot manifesta prin:

- desfăşurarea scrisului ca în oglindă cu toate că subiectul a învăţat scrisul la şcoală;
- inversarea în sens vertical a grafemelor;
- inversarea în sens orizontal a grafemelor.

La copiii mai mari, aceste tulburări sunt compensate, în parte, dar se manifestă discret prin:

- inversări în ghirlanda cursivă, ce dau naștere la o arcadă în locul unei bucle sau a unei bucle inferioare în locul unei bucle superioare sau prin oprirea mișcării inversate și revenirea la direcția corectă, uneori această ezitare manifestându-se printr-o vibrație a trăsăturilor;
- dificultăți de legare a scrisului – întrerup traseul după fiecare grafem pentru a-și fixa mereu punctele de reper. Scrisul este întrerupt, fără racorduri sau apar puncte de sudură pentru a face racordurile.

Dificultățile de structurare spațială se manifestă în actul scrisului prin:

- punerea în pagină, defectuasă: rânduri în formă de evantai sau lipite unul de altul, spații neregulate sau spații prea mici între cuvinte, rânduri ondulate și cuvinte care „dansează" pe orizontala lui;
- dimensiuni neregulate ale grafemelor: proporțiile sunt ignorate și zonele rău diferențiate.

D. Tulburări de structurare temporală

Mecanismul controlului timpului (**M. I. Botez,** 1996) este o componentă bine delimitată a sistemului de control motor, fiind folosit și de alte sisteme cognitive și perceptuale când este nevoie de o activitate care să fie efectuată și programată în timp.

Structurarea temporală reprezintă capacitatea subiectului de a se situa în funcție de succesiunea evenimentelor, de durata intervalelor, de reluarea ciclică a unor perioade, precum și capacitatea de a percepe și reproduce structuri ritmice, ritmul incluzând perceperea ordinii, succesiunii, duratei, altenanței. Perceperea și aprecierea timpului (**Arseni, Dănăilă, Golu,** 1983) se realizează prin segmentarea acestuia în durate pline în care se desfășoară anumite evenimente și intervale vide în care nu se întâmplă nimic. În percepție se surprinde segmentul prezent, luat ca o succesiune de durate pline și intervale vide, percepția propriu-zisă realizându-se numai în raport cu durata în intrevale scurte (până la 3 – 5 minute). Dincolo de aceste limite, nu avem de-a face cu o percepție ci cu aprecierea mintală a timpului prin mijlocirea experienței anterioare și a sistemului unităților de măsură: secunde, minute etc. controlul timpului se impune ca o necesitate obiectivă de reglare la mai multe niveluri: biologic, psiho-fiziologic și social, față de care există mecanisme diferite de percepție și apreciere, ceasornicele biologice reprezentând mecanismul de control primar asupra bioritmurilor sau asupra ciclurilor biologice, mediind formarea mecanismelor psiho-fiziologice de percepție a timpului, în cadrul cărora rolul principal revine analizatorului auditiv, care este cel mai fin în evaluarea duratelor și intervalelor, apoi a analizatorilor vibratil, kinestezic și vizual. Cercetări experimentale (Ivry și Keel, după – Botez1996) au demonstrat rolul cerebelului în perceperea timpului, în discriminarea diferențelor de durată. Autorii menționați consideră că emisferele cerebeloase sunt implicate, mai ales, în operația de control central de programare a timpului, iar regiunile mediane ale cerebelului sunt responsabile de executarea acestor răspunsuri. Inhoff și colab. (după M.I. Botez) au demonstrat rolul cerebelului în programul motor de anticipare, structurile cerebeloase organizând secvența răspunsurilor motorii chiar înaintea debutului mișcărilor.

Pe baza mecanismelor biologice și psihofiziologice, sistemul unităților de măsură a timpului și a codului semnificațiilor temporale este asimilat și transformat în structuri operaționale interne, controlul timpului fiind o componentă a controlului motor, cognitiv

şi perceptual. Percepţia ritmului, adică a alternării regulate în timp a unor grupe de excitanţi şi reliefarea unora dintre ele prin accentuare, este legată, întotdeauna, şi de reacţii motorii. Afecţiunile analizatorului kinestezic stânjenesc sau împiedică chiar reproducerea ritmului. Controlul timpului este în strânsă legătură cu achiziţia limbajului oral sau scris, acesta fiind bazat pe o analiză temporală (derulare în timp).

Structurarea temporală (**de Meur, A., Staes, L.**, 1981) presupune:

- perceperea şi memorarea ordinii şi succesiunii, redarea ordinii în care obiectele au fost văzute, sunetele auzite, a ordinii în care au fost efectuate gesturile;
- perceperea duratei intervalelor (perceperea duratei mai lungi sau mai scurte în care se desfăşoară o acţiune), perceperea vitezei de deplasare;
- perceperea şi cunoaşterea ciclurior periodice;
- perceperea şi reproducerea unor structuri ritmice.

Tulburările de natură temporală sunt provocate de perturbări ale mecanismelor fiziologice, psihologice şi sociale, ale perceperii timpului, de tulburări de auz, ritm neregulat al respiraţiei, mediu insecurizant ce nu oferă puncte de reper. Simptomele acestor tulburări se manifestă prin dificultăţi în a percepe şi a reda ordinea şi succesiunea desfăşurării unor acţiuni, dificultăţi de a percepe durata intervalelor, durata desfăşurării acţiunilor, dificultăţi în perceperea şi reproducerea unor structuri ritmice.

Importanţa structurilor temporale, în organizarea şi structurarea limbajului, a fost pusă în evidenţă, în ultimul timp, prin cercetări neurofiziologice, subliniindu-se rolul lobului temporal stâng asupra discriminării temporale. E. Fron (după Botez, 1996) consideră că vorbirea şi limbajul depind de emisfera stângă nu atât din cauza elementelor lingvistice prorpiu-zise, ci datorită faptului că limbajul este bazat pe o analiză temporală (derulare în timp).

Ajuriaguerra (1977) a distins o formă de retard de limbaj de tip audimutitate, în care posibilităţile de abstractizare pe bază de structurare spaţială par a fi conservate, dar subiectul este incapabil să discrimineze structuri temporale. Susanne Borel Maisonny şi Mira Stambak au pus în evidenţă existenţa tulburărilor temporale la copiii dislexo-disgrafici, arătând că, la aceştia, există tulburări în perceperea linearităţii limbii, incapacităţi în reproducerea modelelor lineare ale limbajului. Ritmul este foarte important în relaţie cu limbajul, arată Mira Stambak. Capacitatea de a produce şi reproduce un ritm este aproape întotdeauna scăzută la copilul normal sau retardat care prezintă tulburări de limbaj oral sau scris.

E. Tulburări psihomotorii la copilul deficient mintal

Activitatea motorie a deficienţilor mintal constituie un comportament ce decurge din starea de maturaţie a sistemului nervos şi din gradul de dezvoltare fizică (**Păunescu, Muşu,** 1990), deficienţii mintal prezentând o întârziere globală în dezvoltarea somato-psihică.

Deficienţii mintal, comparaţi cu copiii cu intelect normal de aceeaşi vârstă prezintă deficienţe ale motricităţii, care sunt cu atât mai accentuate, cu cât gradul întârzierii mintale este mai pronunţat. Deficienţele motrice se manifestă prin apariţia întârziată a diferitelor forme de mişcare şi prin formare dificilă a deprinderilor motrice.

În general, se consideră că dizabilitățile psihomotorii sunt fenomene specifice asociate deficienței mintale, deși se întâlnesc și la copilul cu intelect normal. Frecvența mai mare a acestora la deficienții mintal este o consecință a unor cauze comune ce le generează:

- imaturitatea sau leziuni ale structurilor morfo-funcționale răspunzătoare de activitatea motorie generală și specifică;
- leziuni subcorticale ce nu permit o coordonare de sinteză integratoare a comportamentului motor;
- autonomia accentuată a structurilor somatice față de structurile psihice;
- slaba forță de dominanță a intelectului (după C. Păunescu, I. Mușu).

Se consideră că debilii mintal între 8 și 14 ani prezintă o întârziere de 2-4 ani în dezvoltarea motricității implicate în activități mai complexe (**M. Roșca, 1967**).

Cei cu deficiență mintală prezintă tulburări majore și persistente ale motricității (I. D. Radu, 2000). În deficiența mintală severă și profundă, în care sunt prezente informații fizice și IMOC, activitatea motorie este dezordonată, lipsită de scop și precizie, coordonare redusă, agitație și mișcări inadecvate sau manifestă indiferență totală. Mersul se dezvoltă foarte târziu sau nu apare deloc, nu pot manipula obiecte și nu se pot autoservi.

Deficienții mintal sever pot prezenta malformațiile întâlnite la deficienții profund, dar prezintă o motricitate mai bună ca a acestora dar insuficient diferențiată. Mersul apare pe la 3-4 ani, pot câștiga unele deprinderi elementare de autoservire, fiind capabili de mișcări simple, sub supraveghere.

În debilitatea mintală, care constituie grupa cea mai numeroasă a deficienților mintal (aprox. 75%) dezvoltarea psihomotorie este întârziată cu întârziere în maturizarea motorie, insuficientă coordonare a mișcărilor voluntare, aspectele dismorfice sunt mai reduse ca la deficienții mintal sever. Își pot achiziționa deprinderile de muncă și, deci, se pot autoservi și pot practice diferite meserii ce nu solicită intelectul.

Gravitatea deficiențelor motrice este în funcție de etiologia deficiențelor mintale.

Deficienții mintal de tip familial prezintă mai puține tulburări decât cei cu afecțiuni cerebrale fără IMOC, dar calitatea actului motor al deficientului mintal de tip familial este inferioară copilului cu intelect normal, arată Welford (1968 – după **S. Ionescu,** 1990) din cauza capacității mai reduse de a utiliza informația primită. După Welford, realizarea actului motor implică derularea la nivelul SNC a o serie de transformări particulare a informației primite. Pentru aceasta sunt implicate patru procese fundamentale: percepția, memoria de scurtă durată, decizia și execuția. La acestea se adaugă și celelalte procese și activități psihice: atenția, voința, afectivitatea etc. știut fiind că motricitatea este sub influența psihicului.

Percepția este esențailă deoarece înaintea execuției unui act motor este necesar un timp de inspecție pentru a alege stimulul adecvat la care să adapteze actul respectiv. Deficientul mintal are nevoie de un timp de inspecție mai îndelungat decât copilul cu intelect normal pentru a recepționa informația și de a selecționa adecvat stimulul la care trebuie să răspundă. Dificultățile perceptive se asociază și cu instabilitate a atenției. Actul motor se îmbunătățește la deficientul mintal când cantitatea de informație de identificat este mai redusă.

Slăbiciunea memoriei de scurtă durată (care permite stocarea informației atâta timp cât este necesar pentru transferul ei la niveluri superioare de prelucrare) este o altă caracteristică a deficientului mintal. Encodarea informațiilor, procesul ce permite o reprezentare internă compatibilă cu informația anterior memorată este deficitară. Procesul de comparare a informației encodate cu cea înmagazinată este inadecvat și mai lent. Memoria motrică, înmagazinarea informațiilor legate de percepția mișcărilor se realizează pentru un timp foarte scurt. Dacă informația de recepționat este prea lungă, de multe ori uită prima parte înainte de a fi formulată toată informația.

Decizia, ce are în vedere timpul de reacție la unul sau mai mulți stimuli, se realizează cu întârziere la deficientul mintal fapt care face ca și viteza mișcărilor să fie mai scăzută, și din această cauză, la acesta. Execuția mișcării, care este în funcție de grupele musculare solicitate se referă la motricitatea propriu-zisă. Execuția mișcărilor este cu atât mai deficitară cu cât deficiența este mai accentuată, așa cum am mai menționat, mai ales din cauza malformațiilor și a afecțiunilor cerebrale mai frecvente. Comparativ cu copiii cu intelect normal, calitatea actului motor este inferioară la cei fără malformații și a căror sănătate este bună (debilii familiali) din cauza insuficientei prelucrări a informației primite psihomotricitatea presupunând controlul activității motrice de către psihic.

Toate componentele motricității (forța, precizia, viteza, coordonarea) precum și procesele și funcțiile psihice implicate în derularea unui act psihomotor sunt implicate în procesu vorbirii, citirii, scrierii, astfel încât aceste procese se realizează la un nivel mai scăzut la copilul deficient mintal. De aceea, pe lângă o stimulare lingvistică corespunzătoare la copilul deficient mintal este necesară și o stimulare psihomotorie specială pentru dezvoltarea limbajului.

Inabilitatea motorie generală și, în același timp, inabilitatea segmentelor fonoarticulatoare, ce sunt caracteristici ale deficineților mintal, reprezintă un element cauzal cu privire la frecvența mai mare a tulburărilor de limbaj la aceeași subiecți. Retardul de dezvoltare a limbajului arată Seeman este foarte frecvent la debilii mintal și se regăsește, de obicei, combinat cu tulburări de statică (retard în dobândirea poziției verticale și a mersului) ca și cu un retard motor considerabil. Copilul debil mintal stăpânește mișcările coordonate mult mai târziu decât copilul normal. Ca urmare, limbajul, ca activitate înalt coordonată, nu se dezvoltă decât târziu. Marea inabilitate motrică este frapantă la mulți deficienți mintal și face dificilă imitația mișcărilor articulatorii, dislalia ocupând primul loc ca frecvență în rândul tulburărilor de limbaj la deficienții mintal.

Așa cum remarcă M. Roșca (1967) din cauza insuficienței aferentației kinestezice, ei întâmpină dificultăți în a executa o mișcare în absența controlului vizual și au nevoie de numeroase mișcări de căutare a mișcării adecvate. Insuficiența aferentației kinestezice se observă și în cazul cotrolului mișcărilor de articulare a sunetelor, ei reproducând în mod imperfect mișcările necesare pronunțării sunetelor în absența controlului vizual, fiind necesară imitarea mișcărilor în fața oglinzii pentru ca aferentația kinestezică să se completeze cu cea vizuală.

Deficienții mintal întâmpină dificultăți în a imita mișcările ceea ce influențează negativ formarea deprinderilor, mai ales a imita mișcările când se află în fața cu cel căruia trebuie să-i imite mișcările.

Din cauza insuficienţei aferentaţiei kinestezice au dificultăţi şi în reglarea forţei musculare necesare efectuării diferitelor mişcări. Încordarea musculară este de scurtă durată în activităţi voluntare putând fi menţinută prin reînnoirea stimulului sau prin provocarea unei stări afective contractarea unor grupe musculare nu se realizează dintr-o dată ci după o perioadă de sincinezii. Prezintă dificultăţi în a realiza în mod volutar relaxarea musculară. Din cauza slabei forţe de dominaţie a activităţii motorii de către psihism sau din cauza dereglării mobilităţii proceselor nervoase fundamentale, deficienţii mintal prezintă dificultăţi în organizarea acţiunilor. Ca urmare a stagnării peste limitele normale a unor focare de excitaţie în scoarţa cerebrală prezintă reacţii precipitate, insuficient supuse controlului conştient, perseverări motrice, ce fac dificilă antrenarea lor în activităţi motrice variate şi cu legătură şi cursivitate între ele. În funcţie de particularităţile activităţii corticale, M.S. Pevzner distinge două subcategorii printre deficienţii mintal:

- cei care pe fondul predominanţei inerte a proceselor inhibitorii manifestă o stare de apatie generală, lipsă de interes şi încetineală în reacţii;
- cei care pe fondul predominanţei inerte a proceselor de excitaţie manifestă o stare generală de precipitare în reacţii, antrenare impulsivă în activitate accentuată, lipsă de autocontrol (**Gh. Radu**, 2000).

Dizabilităţile motorii enunţate se răsfrâng negativ şi asupra conduitelor perceptiv-motorii (perceperea cu exactitate a configuraţiilor, compararea şi reprezentarea acestora).

Tulburările schemei corporale sunt în funcţie de gravitatea deficienţei mintale – la deficienţii mintal profund manifestându-se lipsa aproape totală a schemei corporale nedepăşind etapa trăirii corporalităţii. La celelalte categorii de deficienţi mintal se manifestă o întârziere în trecerea prin toate etapele dezvoltării schemei corporale, mai ales în organizarea spaţio-corporală. Printr-o educaţie psihomotorie specială pot ajunge la o stăpânire a scemei corporale.

Simptomele tulburărilor schemei corporale la deficientul mintal sunt:

- dificultăţi în imitarea mişcărilor din cauza insuficienţelor proprioceptive;
- dificultăţi în cunoaşterea posibilităţilor spaţiale ale corpului, în adaptarea mişcărilor corporale la scopul de atins, în descrierea situaţiilor reflectate prin atitudinea corporală;
- desenul omuleţului este foarte sărac în raport de vârsta cronologică, părţile corpului rău dispuse.

Tulburările de lateralitate sunt mai frecvente la deficienţii mintal, stabilirea dominanţei şi în funcţie de aceasta, orientarea în spaţiul dreapta-stânga se realizează mai târziu decât la copilul cu intelect normal.

Cu cât deficienţa mintală este mai accentuată, cu atât lateralitatea este mai puţin precizată. La deficienţii mintal profund, lateralitatea nu se conturează, aceştia ezitând în folosirea mâinii drepte sau stângi. În celelalte forme ale deficienţei mintale, lateralitatea se conturează mai târziu şi nu întotdeauna este bine definită, iar lateralitatea încrucişată, de asemenea, este mai frecventă, cu consecinţe, mai ales asupra limbajului scris-citit.

Tulburările de structurare spaţială au, de asemenea, o frecvenţă mai mare la deficienţii mintal. Orientarea în spaţiu este perturbată din cauza îngustimii câmpului perceptiv, deci a capacităţii reduse de a stabilii pe plan intuitiv relaţiile dintre obiecte. Prezintă dificultăţi de analiză, fapt care face ca să desprindă mai puţine detalii din

imagini şi sinteza fiind, de asemenea, deficitară, orice situaţie prea fragmentară este greu de reconstituit pe plan perceptiv.

Au dificultăţi în sesizarea componentelor spaţiului tridimensional, fapt care face ca recunoaşterea imaginilor să fie mai dificilă decât recunoaşterea obiectelor.

Culoarea se impune percepţiei deficientului mintal, spre deosebire de formă, care se percepe mai greu. Cu atât mai mult, constanţa percepţiei formei, a capacităţii de a recunoaşte imagini spaţiale în altă poziţie este deficitară, din cauză că reprezentările îşi pierd mai repede specificitatea şi din cauza insuficienţei analizei. Toate aceste dificultăţi se manifestă în planul lexico-grafic, manifestările dislexo-disgrafice având o frecvenţă mult mai mare la deficienţii mintal.

Tulburările de structurare temporală sunt prezente cu precădere, dat fiind faptul că mecanismele fiziologice, psihologice şi sociale care sunt necesare perceperii timpului sunt foarte perturbate la deficientul mintal, iar noţiunile temporale ce presupun un anumit grad de abstractizare sunt achiziţionate cu dificultate de acesta.

8. METODOLOGIA RECUPERĂRII PSIHOMOTRICITĂŢII

Recuperarea psihomotorie ocupă un loc important în sistemul metodelor de recuperare utilizate în psihopedagogia specială. Importanţă deosebită prezintă, pentru copilul cu IMOC şi pentru deficientul mintal, la care frecvenţa tulburărilor psihomotorii este mare şi achiziţia componentelor din structura psihomotricităţii presupune o metodologie adaptată şi un program ce se întinde pe o perioadă îndelungată. Recuperarea psihomotorie condiţionează întregul proces de învăţare pentru că acesta nu poate fi eficient, dacă copilul nu are conştiinţa corpului său, nu se orientează în timp şi în spaţiu şi nu are o suficientă coordonare a gesturilor sale.

Deficientului mintal sever şi profund i se poate dezvolta un control mai bun, favorizând dezvoltarea generală limitată, iar pentru cei cu deficienţe medii şi lejere, educaţia psihomotorie constituie o condiţie esenţială pentru integrarea şcolară şi profesională.

Concepţiile moderne, privind educaţia psihomotorie, vizează întreaga personalitate a copilului urmărind asocierea permanentă a acţiunii şi cunoaşterii. Atingerea obiectivelor educaţiei psihomotorie vizează o integrare progresivă a achiziţiilor. Cele mai multe concepţii susţin că, pentru ameliorarea capacităţilor mintale, este necesar să se lege strâns activitatea motrică de capacităţile intelectuale pe care caută să le amelioreze.

Exerciţiile ce trebuie să fie gradate în funcţie de nivelul atins de copil, adresându-se, nu vârstei cronologice, ci celei mintale, au în vedere, nu atât corectarea deficienţelor fizice, exerciţiile respective făcându-se sub îndrumarea specialistului kinetoterapeut, cât folosirea mişcărilor în vederea dezvoltării gândirii, limbajului, memoriei spaţiale, motrice, afectivităţii etc.

a. pentru educarea schemei corporale, ca exerciţii pentru cunoaşterea părţilor corpului şi de orientare spaţio-temporală, se pot face:

- exerciţii în faţa oglinzii şi, apoi, fără oglindă, atingerea şi denumirea părţilor corpului simultan cu educatorul, denumirea părţilor corpului atinse de educator, cu ochii deschişi, apoi şi cu ochii închişi;

- montarea, demontarea, îmbrăcarea unei păpuşi cu numirea părţilor corpului;
- modelarea unui omuleţ din plastilină, denumirea părţilor corpului în imagini, reprezentând figuri, siluete umane;
- exerciţii de reproducere a diferitelor poziţii – intuitiv şi apoi la comandă, jocul sculptorilor (un copil este sculptorul şi altul este modelul, sculptorul comandă ce poziţie să ia;
- identificarea, în imagini, a părţilor corpului identice (ochii, părul...) cu cea prezentată separat;
- sesizarea transformărilor în imagini succesive ale aceleiaşi persoane;
- exerciţii de asociere a unor obiecte cu părţile corpului la care se potrivesc (mănuşi – mână, gheată – picior, ochelari – ochi etc.);
- exerciţii de asociere a unor obiecte cu persoane care fac anumite gesturi (gestul de a săpa – cu sapa, gestul de a cânta – cu microfonul etc.);
- exerciţii de identificare şi completare în imagini de persoane a lacunelor.

b. - pentru educarea lateralităţii se fac exerciţii atât pentru membrele inferioare şi superioare, cât şi pentru dominanta oculară

- pentru membrele inferioare:
  - sărit într-un picior (ales spontan de copil), urmând un traseu şi apoi cu celălalt picior;
  - exerciţii de echilibru; să ţină pe un picior ridicat, ales spontan, o plăcuţă, un săculeţ, apoi, acelaşi lucru cu celălalt;
  - mers cu o plăcuţă, săculeţ, pe un picior, urmând un traseu, apoi, cu celălalt, acelaşi traseu;
- pentru membrele superioare:
  - reproducerea unui ritm simplu prin lovituri cu o mână, la alegere, apoi cu cealaltă;
  - să facă cercuri cu o panglică, cu o mână, la alegere, şi apoi cu cealaltă;
  - să parcurgă un traseu ţinând într-o mână (aleasă de el), întinsă în faţă, o lingură în care se află o minge de ping-pong, fără să îi cadă, apoi cu cealaltă mână;
  - să parcurgă un traseu bătând cu o minge în sol, cu o mână, apoi cu cealaltă;
  - să arunce o minge deasupra unui braţ întins şi să o prindă descriind un arc de cerc, apoi, cu schimbarea mâinii;
- pentru dominanta oculară se pot face jocuri de a ochi cu pistolul, cu închiderea unui ochi, privit prin lunetă, aparat foto.

Prin toate aceste exerciţii se dezvoltă abilităţi atât pentru partea dominantă cât şi pentru nedominantă, se stabileşte gradul de lateralitate şi se încearcă, în cazul lateralităţii rău afirmate sau încrucişate, să se fixeze, de obicei, pe partea mâinii dominante. Problemele cele mai mari le pune lateralitatea încrucişată (dominanta pentru ochiul stâng şi pentru mâna dreaptă sau invers) cu consecinţe în plan lexic, grafic şi în calcul.

Pentru corectarea lateralităţii încruciaşate se recomandă folosirea unor ochelari cu lentilă roşie în dreptul ochiului la care trebuie suprimată dominanta. Când îi poartă, va

trebui să scrie cu un stilou sau pix roşu. Astfel, va putea să-şi folosească vederea binoculară normală pentru orientare, dar nu va percepe scrisul roşu decât cu ochiul fără lentilă roşie. Pentru citit se va folosi un celofan de culoare verde (culoarea complementară roşului). Dacă celofanul este plasat deasupra scrisului negru al cărţii, literele devin invizibile pentru ochiul cu lentilă roşie în faţă, căci se estompează într-un fond negru pentru acesta. Numai ochiul liber va putea discrimina textul scris negru prin celofanul verde.

Exerciţiile pentru recunoaşterea dreapta-stânga se pot face numai dacă copilul îşi cunoaşte dominanta laterală.

La început se fac folosind, ca reper, o banderolă pe mâna dominantă, apoi fără punct de reper.

Este solicitat să arate care este mâna dreaptă, ochiul stâng etc. şi cu ochii închişi. După ce reuşeşte să treacă peste această etapă, se fac exerciţii faţă în faţă, la început cu reper, apoi fără, să arate mâna dreaptă sau stângă, ochiul drept etc. la partener.

c. Pentru structurarea spaţială, obiectivele au în vedere cunoaşterea spaţiului imediat, cunoaşterea noţiunilor de situaţie, mărime, cantitate, poziţie, identificarea acţională şi imagistică a culorilor şi formelor, dezvoltarea memoriei spaţiale şi motrice.

Cunoaşterea noţiunilor spaţiale se face prin jocuri care îl ajută pe copil să înţeleagă aceste noţiuni de o manieră trăită şi prin manipularea diferitelor obiecte prin contrast sus-jos, afară-înăuntru...

Pentru identificarea culorilor şi formelor se utilizează schema celor trei timpi (Seguin):

- asociaţia „acesta este roşu sau pătrat, cerc...", prin intuirea directă a realităţii cu asociaţia obiect-culoare, obiect – formă (frunză – verde, măr – roşu, nasture – rotund etc.);
- recunoaşterea „dă-mi obiecte roşii sau cercuri, pătrate...", acţional, folosind grămezi de jetoane sau imagistic „arată-mi imagini cu obiecte roşii sau verzi ..., cercuri, pătrate etc.";
- memoria „Cum este acesta?" (ce culoare, formă), prezentându-le câte un jeton sau atârnându-le pe o imagine.

Se folosesc incastre, şabloane, imagini pe care se suprapun forme, culori identice decupate – cu verbalizare.

Copierea formelor, după ce poate să le contureze folosind şabloane şi apoi să le denumească, se face iniţial unind diferite puncte, apoi fără aceste puncte de reper.

Pentru dezvoltarea memoriei spaţiale se pot organiza diferite jocuri în care este solicitat:

- să găsească locul pe care l-a părăsit şi care a fost ocupat de alt copil;
- să refacă un traseu parcurs iniţial, trecând pe lângă, sau peste diferite obiecte, prin dictări de orientare; apoi, copilul este solicitat să verbalizeze: „am mers inainte, am ocolit scaunul etc";
- exerciţii prin care copilul este solicitat să ajungă la un loc fixat dinainte, cu ochii închişi sau legat la ochi;
- jocuri prin care copilul este condus, legat la ochi, printr-un anumit punct. Cu ochii deschişi, să refacă traseul.

Pentru dezvoltarea memoriei perceptive, se pot organiza jocuri în care copilul este solicitat să reţină locul diferitelor obiecte sau să regăsească obiectul care lipseşte. După ce a privit cu atenţie un număr de obiecte expuse, se ia un obiect fără ca el să observe fiind solicitat să spună care este acela. Acelaşi lucru se face şi cu ilustraţii sau se schimbă ordinea obiectelor care au fos expuse, copilul fiind solicitat să o refacă.

Jocuri de tip „Ce lipseşte?”. Se prezintă două imagini aparent identice, dar într-una din ele sunt mici omisiuni pe care copilul trebuie să le descopere.

Foarte utile sunt exerciţiile de topologie pentru cei cu tulburări perceptiv-motorii. Acestea se pot face cu jetoane, educatorul aşezând pe două coloane patru jetoane de diferite culori şi forme, copilul fiind solicitat să reproducă identic. În funcţie de progresele realizate, se pot folosi 6-8 jetoane sau se solicită copilului să reproducă modele obţinute prin unirea a patru puncte. Exemplu Z, X, etc. se folosesc apoi 6-9 puncte.

Pentru dezvoltarea capacităţii de structurare spaţială sunt recomandate şi exerciţii ca:

- anticiparea mintală spaţială: să parcurgă o distanţă stabilită, reglându-şi paşii astfel încât să o realizeze la solicitare, din 5,6,7 paşi;
- organizarea de jocuri cu mozaicuri: să reproducă figuri reprezentând jetoane de diferite figuri;
- parcurgerea unui traseu prin labirinte.

d. Obiectivele pentru dezvoltarea capacităţii de structurare temporală au în vedere dezvoltarea capacităţii de ordonare temporală, dezvoltarea capacităţii de apreciere temporală şi a capacităţii de percepere şi reproducere a unei structuri ritmice

În vederea realizării acestor obiective se pot face următoarele exerciţii:

1. exerciţii pentru redarea ordinii în care lucrurile sunt văzute, sunetele auzite:
   - să verbalizeze, reproducând ordinea în care educatorul a aşezat 3,4,5.... obiecte pe masă, ordinea în care a auzit diferite sunete de instrumente înregistrate pe o casetă sau să reproducă, în aceeaşi ordine, diferite acţiuni făcute de educator;
   - să atingă, în aceeaşi ordine, trei, apoi patru sau cinci cuburi, după cum le-a atins educatorul;
   - să recunoască o eroare făcută într-o povestire spusă de educator cu privire la ordinea desfăşurării evenimentelor. Exemplu: „azi noapte soarele strălucea puternic”;
   - să plaseze, în ordine potrivită, diferte imagini ce reprezintă începutul unei acţiuni, sfârşitul ei. Exemplu: „de la semănat până la vânzarea pâinii”
   - să realizeze, prin simboluri spaţiale, o succesiune auditivă. Exemplu: a,a,a – decâte ori aude sunetul, trasează o liniuţă;
2. exerciţii pentru perceperea duratei intervalelor:
   - să perceapă şi să verbalizeze un timp scurt, lung emis prin suflatul printr-un fluier;
   - să perceapă şi să verbalizeze, sau să reproducă la comandă, durata şi intensitatea sunet lung, tare, sunet scurt, slab;

- să reproducă, prin simboluri spațiale, durata, intensitatea (sunet scurt, linie scurtă, sunet lung, linie lungă, sunet scurt tare, linie scurtă groasă, sunet lung încet, linie lungă și subțire etc.);
- exerciții de percepere a vitezei de deplasare: să perceapă și să verbalizeze că mingea roșie a rulat cu viteză mai mare decât cea galbenă și să claseze, în ordine crescătoare sau descrescătoare privind viteza de deplasare, diferite imagini reprezentând mijloace de locomoție – bicicletă, avion, mașină etc.;

3. exerciții pentru cunoașterea ciclurilor periodice:
   - să asocieze evenimentele cu momentele zilei sau cu anotimpurile în care se produc, la verbalizarea educatorului sau în imagini. Mă culc – seara, fac plajă – vara etc.
4. exerciții pentru reproducerea unor ritmuri, prin lovituri cu degetul sau cu creionul pe bancă:
   - ritm de marș: o singură lovitură, cu fiecare mână la intervale regulate;
   - ritm de cursă: două lovituri cu fiecare mână la intervale regulate;
   - ritm de vals: cu mâna dreaptă o lovitură mai puternică, apoi cu stânga, două mai slabe;
   - galopul calului: fiecare mână bate alternativ, dreapta rămânând, un moment, în suspensie;
   - alte ritmuri improvizate de educator.

BIBLIOGRAFIE

AJURIAGUERRA, J. DE, 1977, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris Maisson.

AJURIAGUERRA, J. DE și colab., 1981, *Scrisul copilului*, EDP, București,

ARSENI, C., DĂNĂILĂ, L., GOLU, M., 1983, *Psihoneurologie,* Ed. Academiei, București.

BOTEZ, M., (sub red.), 1996, *Neuropsihologie clinică și neurologia comportamentului*, Ed. Medicală, București.

CABREJO, L., AZOUL, OZSANCAK, C., HANNEQUIN, D., 2003, „La rééducation orthophonique de la dysarthrie dans la maladie de Parkinson", *La Presse Médicale*, Tome 32, Paris Maisson.

CAHUZAC, M. (coord), 1980, *L'enfant infirme moteur d'origine cérébrale*, Paris, Masson.

CANNOUI, P., 1994, „La psychomotricité et ces troubles", în Cannoui P., Messerschmitt R., Ramos O, *Révision accélère en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Malon, Paris

CARANTINA, D., 1997, „Copiii cu tulburări în sfera fizică și psihică", în Verza E. *Ghidul educatorului*, București.

CARANTINĂ, D., 2005, „Specificul tulburărilor de vorbire la copiii cu dizabilități neuromotorii" în *Revista de Psihopedagogie* nr. 1.

CARANTINĂ, D., 2009, „Principalele metode de intervenție logopedică în disartria extrapiramidală hiperton-hipokinetică" în *Revista de Psihopedagogie,* nr. 2.

CHAUCHARD, P., 1981, *Le langage et la pensée de l'enfant*, Masson Paris.

CHEVRIE, C., 1972, „Troubles d'acquisition du langage dans I.M.C." in Launay Cl., Borel-Maissonny S., *Les troubles du langage, de la parole et de la voix chez l'enfants*, Paris, Masson.

CHEVRIE-MULLER, C., DORDAIN, M., GREMY, F., 1970, „Etude clinique et instrumentale des dysarthries", *Revue Neurologique*, Paris, Tome 122.

CORRAZE, J., (1981), *Les troubles psychomoteurs de l'enfant,* Masson Paris.

DĂNĂILĂ, L., GOLU, M., 2000, *Tratat de neuropsihologie,* vol. I, București, Ed. Medicală.

DE MEUR, A., STAES, L., 1981, *Psychomotricité éducation et rééducation,* Ed. A. de BoeK, Bruxelles.

GOLU, M., 1980, *Natura şi bazele neurofiziologice ale psihicului*, Bucureşti.
GOLU, M., 2000, *Fundamentele psihologiei,* Ed. România de Mâine, Bucureşti.
GREMY, F., CHEVRIE- MULLER, C., GARDE, E., 1967, „Étude clinique et instrumentale des dysarthries", *Revue Neurologique*, Paris, Tome 116.
IONESCU, S., 1990, *L'intervention en déficience mentale*, Pierre Editeur, Bruxelles.
LAFFON, R., 1979, *Vocabulaire de psychopédagogie et psychiatrie de l'enfant,* PUF Paris.
LAMBERT, J.L., SERON, X., 1980, „IMC et atteinte cérébrale minimale" in Rondal J.A., Seron X., (coord.), *Troubles de langage / diagnostic et rééducation*, Bruxelles, Pierre Mardagu éditeur.
LEAPIDEVSKI S.S., 1964, *Neuropatologie,* Bucureşti EDP.
LECOURS, A.R., LHERMITTE, FR., 1979, *L'aphasie,* Montréal, Flammarion.
MOŢET, D., 2001, *Psihopedagogia recuperării handicapurilor neuromotorii,* Bucureşti, Ed. Fundaţiei Humanitas.
PAUNESCU, C., MUSU, I., 1990, *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal,* Ed. Medicală, Bucureşti.
POPOVICIU, L., (sub. red.) 1993, *Neurologie,* Bucureşti, EDP.
POPOVICIU, L., ARSENI, C., 1992, vol. I şi 1993 vol. II), *Enciclopedie de Neurologie şi Neurochirurgie,* Bucureşti, Ed. Academiei.
POROT, A., 1960, *Manuel alphabétique de psychiatrie,* PUF, Paris.
RADU, GH., 2000, *Psihopedagogia şcolarilor cu handicap mintal,* Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.
RADU, I.D., 2000, *Educaţia psihomotorie a deficientului mintal,* Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.
ROŞCA, M., 1967, *Psihologia deficienţilor mintal,* EDP, Bucureşti.
SEEMAN, M., 1967, *Les troubles du langage chez l'enfantes,* Paris, Maloine SA.
SERGENT, J., 1996, „Asimetria funcţională a creierului", în Botez M., *Neuropsihologie clinică şi neurologia comportamentului,* Ed. Medicală, Bucureşti.
TARNEAUD J., BOREL-MAISONNY S., 1961, *Traité pratique de phonologie et de phoniatrie,* Paris, Librairie Maloine.
VERZA E., 2003, *Tratat de logopedie,* vol. I, Bucureşti, Ed. Fundaţiei Humanitas.
WEATHERALL, D.J., LEDINGHAM, J.G.G., WARELLD.A., 2000, *Tratat de medicină. Neurologie,* Bucureşti, Ed. Tehnică.
YOUNG, PAUL, A., YOUNG, PAUL, H., 2000, *Neuroanatomie generală şi clinică,* Bucureşti, Ed. Medicală Callisto.

CAPITOLUL XII
TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT

1. CONDIȚII ŞI COMPORTAMENT

1.1 Considerații generale

Cercetarea cauzelor şi condițiilor de apariție a formelor de inadaptare, produse prin tulburări de comportament la copii şi tineri, constituie o preocupare justificată de importanța acordată acestor manifestări, având în vedere structurarea şi cronicizarea lor la adult, sub forma personalității dizarmonice, vulnerabile şi dezechilibrate.

În acest domeniu al devianței comportamentale, motivele nu se pot reduce la o singură cauză fundamentală, ci presupun un complex de condiții, acțiuni şi motivații particulare.

La dezvoltarea personalității copilului, concură o serie de factori interni ce țin de zestrea ereditară şi de structura neuro-psihică a copilului, de unele particularități ale personalității în formare. Structura internă se dezvoltă în strânsă legătură cu factorii externi, printre cei mai importanți fiind factorii psiho-pedagogici de ordin familial şi şcolar.

Vorbind de factori/condiții externe, se poate remarca, fără echivoc, că ele se constituie ca un element definitoriu în însăşi motivația acțiunii. Condițiile, factorii externi se cer înțeleşi ca o componentă activă şi selectivă, ce constituie un sistem extrem de complex de elemente şi relații variabile în contexte conexionale diferite, în care se găseşte, simultan şi succesiv, ființa umană.

De asemenea, ținând seama de natura bio-psiho-socio-culturală a ființei umane, condițiile interne ale persoanei se cer înțelese ca o unitate/o structură de elemente şi relații de natură biologică – ereditară şi psiho-socio-culturală, dobândite sub influența factorilor de mediu, educație şi autoeducație. Aceste elemente se găsesc în proporții variabile de la o persoană la alta, fapt ce ne face să înțelegem cât de variate sunt condițiile interne ale ființei umane. Pe de altă parte, persoana se cere înțeleasă într-un proces de autodevenire, ceea ce înseamnă că proporția dintre factorii ereditari şi cei psiho-socio-culturali se modifică continuu în favoarea acestora din urmă, în coordonate spațio-temporale variabile şi în contexte conexionale diferite. Această constatare, ne conduce la concluzia, potrivit căreia condițiile interne ale unei persoane sunt variate şi variabile, nu numai în raport cu alte persoane, ci şi în raport cu propriile sale condiții, la un moment dat, ceea ce evidențiază procesul de continuă autodepăşire.

Acceptând această interpretare, unele aspecte de inadaptare şcolară a elevului pot fi o consecință a unui deficit de relație fie cu familia, fie cu şcoala sau cu grupurile de prieteni.

Analiza cauzelor comportamentului deviat al copilului, ne conduce la ideea că factorul determinant al deviației nu trebuie confundat cu acela al deficienței și nici căutat în etiopatologia acesteia, deoarece, ceea ce favorizează și, uneori, condiționează deviația comportamentală, nu este așa cum se consideră, în mod frecvent, insuficiența cognitivă, ci inadaptarea socială și carența educațională a copilului.

1.2 Normă, normalitate și comportament normal

1.2.1. Conceptul de normalitate

A defini normalitatea, pare o încercare destul de complicată, având în vedere faptul că acest atribut al omului nu se poate cuantifica cu precizie.

După G. Canguilhem, „frontiera dintre normal și patologic este absolut clară pentru același individ concret, luat în studiu succesiv".

Dicționarul de psihologie LAROUSSE precizează că normalitatea este o noțiune relativă, variabilă de la un mediu socio-cultural la altul și, în plus, face precizarea că în medicină există tendința de a se asimila omul normal individului perfect sănătos, individ care, la drept vorbind, nu există (**Sillamy, N, 1995**).

Cuvântul normal provine din latinescul „norma" (unghi drept), adică ceea ce nu oscilează nici în dreapta nici în stânga, ci ceea ce se află chiar în mijloc.

Normalul este, deci, un termen calificativ, implicând o valoare (aș vrea să devin normal). Normalul este și un termen descriptiv, indicând o medie (aș vrea să fiu normal ca și ceilalți, ca toată lumea). (**Tudose, F., 2002**).

Prelipceanu D. arată că, în sens general, nevoia de normalitate derivă din, și exprimă, nevoia umană de ordine. Desigur, această ordine nu poate fi făcută decât cu anumite limite, deoarece emitentul normelor este, prin excelență, omul, fiind esențialmente subiectivă. Se creează, deci, paradoxul prin care omul, ca entitate subiectivă, emite norme obiective, aplicabile propriei subiectivități. Același autor arată că norma este, în esența sa, o condiție umană larg împărtășită social. Ea derivă din aprecierea, din valorizarea comună a unor stări și fapte sociale.

Sub raport axiologic, norma este o valoare (aceasta fiind, în fond, o apreciere despre „ceva", realizată în colectiv) transformată în imperativ.

Funcționând ca un subsistem în sistemul social, cultural sau istoric, individul uman trebuie să se încadreze, în dezvoltarea sa, în coordonatele sistemului respectiv pentru ca această evoluție să fie considerată normală.

Emil Verza acorda conceptului de normalitate, pe de o parte, o semnificație generală ce ia în considerație întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei, iar pe de altă parte, una particulară, care circumscrie o trăsătură sau un grup de însușiri (fizice, senzoriale, caracteriale, intelective etc). Sunt considerate normale acele persoane care au o dezvoltare medie și manifestă capacități de adaptare echilibrată la condițiile mediului înconjurător. Pentru a putea fi apreciate, persoanele respective sunt raportate la grupuri de aceeași vârstă și cu același standard cultural. Abaterile de la acestea, peste o anumită toleranță, negative sau pozitive, sunt considerate anormale (**Verza E., 1997**).

Se pare că relația normalitate-adaptare este acceptată de marea majoritate a specialiștilor, având în vedere faptul, că individul uman funcționează ca un subsistem în

sistemul social, cultural sau istoric, el trebuind să se încadreze în dezvoltarea sa, în coordonatele sistemului respectiv, pentru ca această evoluţie să fie considerată normală.

1.3. Tulburările de comportament. Delimitari conceptuale.

Adesea, în vorbirea coerentă, conceptelor de „tulburări comportamentale şi devianţă" li se atribuie aceeaşi semnificaţie. Prin urmare, se impune să precizăm opţiunea noastră în ceea ce priveşte înţelegerea conceptului de tulburare de comportament.

Tulburările de comportament reprezintă dezordini, relativ stabile, în reactivitatea generală, datorată unor factori care ţin de structura sa, sau de mediul extern. Se manifestă, în special, în sfera motricităţii şi sunt observabile în relaţiile cu obiectele şi cu persoanele, constituind expresia unei stări de inadaptare.

La vârsta copilariei, aproape toate manifestările copilului se observă în comportament.

Tulburările de comportament reprezintă expresia relaţiei dintre dezvoltarea unică, mai cu seamă a personalităţii şi a mediului ambiant, în care trăieşte individul. Acesta este confruntat cu o serie de situaţii cărora trebuie să le facă faţă şi să adopte răspunsuri cu caracter adaptativ, să înţeleagă şi să poată anticipa momentele mai importante, să acţioneze asupra mediului şi să se integreze în normele de convieţuire socială. Pentru aceasta, comportamentul este dependent, pe de o parte de nivelul intelectului, de cunoştinţele şi experienţa de viaţă ale subiectului, iar pe de altă parte, de caracteristicile organizării sociale şi funcţionalitatea relaţiilor intersubiective. Astfel, subiectul se construieşte pe sine, se autodelimitează şi se autoreglează prin raportări la cei din jur, adoptând atitudini specifice faţă de aceştia.

La rândul lor, grupul şcolar, şcoala, societatea îi influenţează activităţile şi îl remodelează după caracteristicile specifice ce le posedă, imprimându-i un set de valori şi norme specifice.

Copilul se dezvoltă şi se modelează progresiv, printr-o raportare continuă la statuturile şi rolurile părinţilor, iar ulterior şi în funcţie de alte persoane.

La început, imită comportamentul adulţilor şi adoptă modele din mediul familial, ca apoi să înveţe şi să experimenteze noi comportamente.

Calitatea influenţelor familiale şi ale grupurilor, determină, uneori, comportamente proprii, pe fondul dezvoltării psihice de ansamblu, ele putând fi adaptative, integrative şi racordate la normele sociale, sau, dimpotrivă, aberante, dezadaptative, şi de conflict în raport cu parametrii sociali.

Sunt considerate tulburări comportamentale, în raport de vârstă şi împrejurări, chiar şi fenomenele de tipul obrăzniciei şi folosirii unui limbaj trivial, până la fenomene etichetate ca fiind cu un grad ridicat de gravitate, numite, adeseori, prin termenul de delincvenţă.

Ca atare, paleta tulburărilor de comportament este foarte mare şi cuprinde o serie variată de manifestări ce apar dominant în una din formele principale ale comportamentului afectiv, cognitiv, verbal, ludic şi psihomotor, dar care imprimă un stil deviant, specific global, pentru fiecare individ ce se abate de la normele de convieţuire în societate.

Din punct de vedere psihologic, indivizii care produc astfel de comportamente aberante prezintă dezechilibre sau o stare deficitară în unul sau în toate palierele maturizării psihice, structurării conştiinţei de sine şi a conştiinţei sociale, asimilării normelor socio-culturale, structurării motivaţional-caracteriale, maturizării sociale, normalităţii şi echilibrului psihic.

Indiferent de forma comportamentului (afectiv, cognitiv, verbal, ludic, psihomotor), acesta se corelează cu structurile dominante ale personalităţii şi cu tipurile de comunicare care se structurează în raport de ceea ce numim nucleul ereditar a energiei psihice a subiectului.

1.4. Cauzele tulburărilor de comportament

Cauzele care determină tulburările de comporatment pot fi împărţite în două mari categorii: *cauze interne*, individuale şi *cauze externe*, sociale.

În prima categorie sunt incluse:

a. Particularităţile şi structura neuropsihică;
b. Particularităţi care s-au format sub influenţa unor factori externi.

Din a doua categorie, fac parte:

a. Cauze economice şi socio-economice;
b. Cauze educaţionale din cadrul microgrupurilor în care trebuie să se integreze treptat copilul;
c. Cauze politice;
d. Cauze socio-culturale.

Până în prezent, nu s-a ajuns la unanimitate de opinii şi concepţii cu privire la ponderea fiecărei cauze în determinarea tulburărilor de comportament la copii.

Psihologii pun mai mult accentul pe particularităţile psihice în adaptarea copilului la mediu, sociologii acordă un rol determinant factorilor socio-culturali, condiţiilor vieţii sociale, psihiatria oferă un model conceptual pentru identificarea tulburărilor de comportament, devianţei, în raport cu anormalitatea, criminologia insistă asupra aspectului ilegal, penal al faptelor privite ca delicte, ştiinţele educaţiei scot în evidenţa carenţele procesului instructiv-educativ în generarea fenomenelor deviante.

Se pare că orice încercare de exagerare a rolului factorilor interni sau ai celor externi riscă să nu fie validată în practică.

De aceea, se conturează, din ce în ce mai clar, ideea cu privire la etiologia tulburărilor de comportament, un punct de vedere intermediar, ”perspectiva cauzalităţii multiple” sau ai ”factorilor”, care concepe tulburarea de comportament ca fiind rezultatul unui număr mai mare şi variat de factori.

Adepţii acestei perspective consideră că fiecare factor, separat, are o anumită importanţă, devianţii apărând fie la intersecţia a doi factori majori, fie datorându-se influenţei concentrate a şapte sau opt factori minori.

Înclinarea spre devianță și adoptarea comportamentului infracțional rezultă din suprapunerea diferitelor cauze pentru fiecare caz în parte. Simpla însumare sau separare a lor nu poate da explicații în raport cu comportamentul unui minor.

1.4.1. Cauze interne, individuale

1.4.1.1. Cauze neuropsihice

a. Disfuncții cerebrale:

- Retardare neuropsihică;
- Stare de hiperexcitabilitate neuronală;
- Anomalii de tip epileptic.

b. Deficiențe intelectuale.

Unele cercetări în domeniu au scos în evidență faptul că în rândul delincvenților minori există un număr relativ mare de cazuri care prezintă carențe în planul dezvoltării intelectuale. Aceasta nu înseamnă, însă, că toți minorii cu deficiențe intelectuale vor comite infracțiuni, după cum nici prezența unei capacități intelectuale normale nu constituie garanția abținerii minorului de a dezvolta comportamente delincvente.

c. Tulburări ale afectivității

Nivelul insuficient de maturizare afectivă este caracterizat prin: lipsa unei autonomii afective, ceea ce duce la creșterea sugestibilității; insuficienta dezvoltare a autocontrolului afectiv, legat de insuficienta cunoaștere și capacitate de stăpânire la reacții emoționale; slaba dezvoltare a emoțiilor și sentimentelor superioare, îndeosebi ale celor morale;

Stări de dereglare a afectivității, caracterizate prin: stările de frustrație afectivă și sentimentele de frustrație, conflictele afective; instabilitatea, labilitatea afectivă;

Ambivalența afectivă; indiferența afectivă; absența emoțiilor și a înclinațiilor altruiste și simpatetice.

d. Tulburări comportamentale – imaturizare caracterologică:

- lipsa autocontrolului;
- impulsivitate;
- agresivitate;
- subestimarea greșelilor și a actelor antisociale comise;
- intoleranță, indiferență, dispreț față de muncă;
- opoziția și respingerea normelor social-juridice și morale;
- tendințe egocentrice;
- exacerbarea unor motive personale egoiste;
- absența sau insuficienta dezvoltare a unor motive superioare;
- dorința realizării unei vieți ușoare fără muncă.

1.4.1.2. Cauze determinate de motive de ordin familial

Climatul educațional familial poate fi analizat după:(**D. Banciu, S. Rădulescu, M. Voicu,** 1985)

- modul de raportare interpersonal al părinților;
- sistemul lor de atitudini față de diferite norme și valori sociale;

- modul în care este perceput şi considerat copilul;
- modul de manifestare a autorităţii părinteşti;
- gradul de acceptare a unor comportamente variate ale copiilor;
- apariţia unor stări tensionate şi conflictuale;
- modul de aplicare a recompenselor şi sancţiunilor;
- gradul de deschidere şi de sinceritate al copilului în raport cu părinţii.

Ţinând seama de aceşti indicatori, cercetările au relevat că predispozante pentru devianţa copiilor sunt următoarele:

- dezorganizarea vieţii de familie;
- climatul familial conflictual şi imoral;
- climatul familial hiperpermisiv;
- divergenţa metodelor educative şi lipsa de autoritate a părinţior;
- atitudinea rece-indiferentă a părinţilor;
- atitudinea autocrată, tiranică a părinţilor.

1.4.1.3. Cauze externe, sociale

1.4.1.3.1. Cauze economice şi socio-economice

- necompetitivitatea economiei;
- creşterea inflaţiei;
- scăderea nivelului de trai;
- creşterea ratei şomajului;
- slăbirea controlului social;
- prăbuşirea sistemului de protecţie socială;
- scăderea prestigiului şi autorităţii instanţelor de control social;
- sărăcia infantilă (cu faţa ei vizibilă: „copiii străzii");
- corupţia şi crima organizată;
- violenţa, agresarea şi exploatarea minorilor;
- creşterea şomajului.

Aşa cum rezultă din numeroase cercetări, în România mulţi părinţi au venituri foarte mici, condiţii precare de locuit, trăiesc în cartiere nevoiaşe şi acuză o sănătate fizică şi mentală deficitară.

În astfel de familii, este posibil ca îngrijirea copiilor să fie necorespunzătoare, datorită dificultăţilor pe care le întâmpină şi asupra cărora au un control minim sau nu le mai controlează deloc.

La toate aceste probleme, începând cu 1990, s-a adăugat un nou fenomen, cu implicaţii materiale şi sociale deosebit de grave asupra individului şi familiei-şomajul.

Efectul cel mai drastic îl reprezintă pentru şomer, pe lângă sentimentul de inutilitate şi descurajare, pierderea venitului care duce la scăderea nivelului de trai, a calităţii vieţii, în general.

Implicaţii şi mai grave apar în cazul categoriei şomerilor de lungă durată. Nivelul de trai al şomerilor şi familiilor acestora poate fi profund afectat, situaţie ce se poate răsfrânge şi asupra climatului familial. În situaţii limită, în familiile expuse acestui factor de stres, cu toate implicaţiile sale, sunt afectate condiţiile normale de îngrijire şi de educaţie a copiilor, aceştia fiind supuşi unui risc crescut de a fi abandonaţi, internaţi în instituţii de ocrotire sau scăpaţi de sub control până la adoptarea unor comportamente deviante.

Având în vedere că fenomenul şomajului ia o amploare din ce în ce mai mare, numărul copiilor expuşi unui asemenea risc este tot mai crescut.

1.4.1.3.2. Cauze educaţionale

- ***Eşecurile, privind adaptarea şi integrarea şcolară***, sunt determinate de:
  - randament şcolar foarte slab, concretizat prin insubordonare în raport cu regulile şi normele şcolare, absenteismul de la ore, repetenţia, conduita agresivă, în raport cu cadrele didactice etc.
  - lipsa nivelului de satisfacţie, resimţit de elev: motivaţii şi interese slabe, în raport cu viaţa şi activitatea şcolară, datorită aptitudinii şcolare slab dezvoltate.

- ***Greşelile educatorilor***:
  - erori de atitudine şi relaţionare;
  - erori de competenţă profesională;
  - erori de autoritate morală.

Alături de familie, cu problemele sale sociale şi economice complexe sau de condiţiile necorespunzatoare din unităţile de ocrotire, instituţia şcolară, prin care desemnăm pedagogii, profesorii şi învăţătorii, climatul pe care aceştia îl imprimă etc. pot genera, de asemenea, devianţa comportamentală la minori, mai ales în stadiile sale incipiente – abandonul, renunţarea la frecventarea şcolii, care antrenează, nu de puţine ori, vagabondajul, cerşetoria şi alte comportamente deviante mai grave.

În acest sens, trebuie menţionat faptul că mulţi minori manifestă, faţă de personalul didactic, reacţii de respingere, unii dintre ei percepând atitudini similare din partea acestuia; natura acestor atitudini, a relaţiilor, a manifestărilor pe care le antrenează determină dorinţa minorilor, chiar hotărârea de a părăsi şcoala.

Această situaţie, ca şi faptul că un număr mare de copii au reacţii aversive faţă de colegii lor, percepând atitudini asemănătoare din partea acestora, pot constitui expresia dificultăţilor de integrare pe care le manifestă minorii.

Nu numai atitudinile şi comportamentul personalului didactic presupun anumite remodelări, ci şi modalităţile de desfăşurare a lecţiilor, conţinuturile, în sine, ca şi mijloacele de prezentare, care trebuie să fie atractive, să stimuleze atenţia şi interesul copiilor, să determine "frecventarea cu plăcere a şcolii". Cerinţele respective se impun cu atât mai mult cu cât aceşti copii nu sunt lipsiţi de interese culturale, artistice sau de altă natură, care ar trebui stimulate, dezvoltate, canalizate, pentru ca ei să-şi poată depăşi condiţia.

Adăugăm acestei stări de lucruri dezinteresul, aproape total, atât al factorilor educativi, cât şi ai comunităţii faţă de destinul acestor copii, pentru organizarea timpului lor liber şi antrenarea acestora în acţiuni cu caracter educativ. Acest dezinteres este combinat cu presiunea masivă şi nocivă a mass-media, în sens contrar moralităţii si normalităţii. Mai grav este că minorii care au trăit experienţe dureroase şi negative şi au acumulat frustrări şi suferinţe, rămân marcaţi pentru întreaga viaţă, conformându-se punctului de vedere că o copilărie nefericită anticipează o maturizare neizbutită şi o viaţă de adult eşuată.

Reacţia de respingere a comunităţii; scăderea generală a interesului oamenilor faţă de semeni, efect al aceleiaşi lupte pentru supravieţuire se exprimă şi printr-o dură respingere şi marginalizare a minorilor cu tulburări de comportament deviant.

Toate aceste aspecte pun probleme foarte concrete, referitoare la elaborarea unor strategii socio-educaţionale diferenţiate, complementare şi recuperatorii, de creare a unor câmpuri de acţiune şi de experienţe multiple, de pregătire orientată a reinserţiei sociale a minorilor devianţi comportamental sau delincvenţi. Elaborarea unor programe individualizate de reinserţie socială şi experimentarea lor se impun cu evidenţă.

1.4.1.3.3. Cauze socio-culturale

- Petrecerea timpului liber:
  - din ce în ce mai puţin în cadrul familiei (**D. Banciu**, 1992)
  - asocierea în grupuri sau "bande" care se angajează în comiterea de acte delincvente. (**S. Rădulescu**, 1994)

- Mijloacele de informare în masă:
  - violenţa mass-media, în special video-violenţa;
  - audio-vizualul (pornografia).

1.5. Clasificarea tulburărilor de comportament

1.5.1. Clasificarea tulburărilor psihice din perioada copilăriei; caracteristici generale

Comportamentul copilului este oglinda dezvoltării sale psihice. Este reacţia personalităţii lui în formare faţă de lumea din afară şi faţă de propria persoană. Este expresia externă a personalităţii în formare.

Comportamentul este diferit în funcţie de: vârstă, factori temperamentali, factori constituţionali, factori sociali. El oscileaza între anumite limite considerate normale pentru vârsta respectivă.

Tulburările de comportament reprezintă apariţia unor manifestări de conduită care depăşesc limita normalităţii la vârsta respectivă. Aceste abateri exprimă autoritatea educativă, faţă de lucruri şi chiar faţă de propria persoană. Ele sunt numeroase în perioada copilăriei.

George Ionescu, în „Psihiatrie clinică standardizată şi codificată", propune pentru categoria de tulburări emoţionale şi comportamentale, cu debut în copilarie şi adolescenţă, următoarea clasificare:

- Tulburări hiperkinetice (tulburare, hiperactivitate cu deficit de atenţie, tulburare hiperkinetică de conduită);
- Tulburări mixte ale conduitei şi emoţiei (tulburare de conduită depresivă, alte tulburări mixte ale conduitei şi emoţiilor);
- Tulburări emoţionale cu debut specific în copilărie (tulburare a anxietăţii de separare, tulburare anxios-fobică în copilărie, tulburare de anxietate socială, rivalitate în fraţie);
- Tulburări ale funcţionării sociale cu debut specific în copilărie şi adolescenţă (mutism electiv, tulburare reactivă de ataşament, tulburare de ataşament cu dezinhibiţie);
- Tulburări ale ticurilor (tulburare tranzitorie a ticurilor, tulburare cronică a ticurilor motorii sau vocale, tulburare combinată – vocală şi motorie – a ticurilor);
- Alte tulburări emoţionale şi comportamentale cu debut în copilărie şi adolescenţă (enurezis neorganic, encomprezis neorganic, tulburarea de alimentaţie a copilului mic, tulburare a mişcărilor stereotipe, balbism, vorbire neclară).

Din cauza cadrului foarte larg de manifestare a interferenţelor posibile, tulburările de comportament se confundă, adesea, la această vârstă cu psihopatia sau delincvenţa juvenilă.

Numai 1/3 din totalul tulburărilor de comportament se transformă în psihopatii. În primii 15-16 ani din viaţă nu se pune diagnosticul de psihopatie, ci numai de tulburare de comportament. O tulburare de comportament care tinde să se organizeze într-o formă de psihopatie se manifestă printr-o dezadaptare şi o alterare a relaţiilor interpersonale cu lumea din jur şi printr-o atitudine disproporţionată, neadecvată, faţă de situaţiile date, mergând de la neajunsuri în şcoală şi în familie până la derapaje comportamentale şi manifestări cu caracter antisocial sau delincvent, atunci când copiii încalcă deja legile prin comportamentul lor.

Copiii ale căror prime simptome apar de timpuriu manifestă, de regulă, patternuri comportamentale disfuncţionale încă din anii de grădiniţă. În primii ani de şcoală apar dificultăţi evidente de interacţionare cu învăţătorul şi colegii, copiii având permanent tendinţa de a se angaja în acte antisociale.

1.5.1.1. Hiperactivitatea/deficitul de atenţie

Aspecte generale

Caracteristicile majore ale copiilor cu hiperactivitate/deficit de atenţie sunt (**Barkley**, 1991):

- Susţinerea slabă a atenţiei şi persistenţa scăzută a efortului în sarcină, în special la copiii care sunt relativ dezinteresaţi şi delăsători. Acestea se constată frecvent la

indivizii care se plictisesc rapid de sarcinile repetitive, trecând de la o activitate neterminată la alta, pierzându-şi adesea concentrarea în timpul sarcinii şi greşind la sarcinile de rutină, atunci când lucrează fără supraveghere.

- Controlul diminuat al impulsurilor sau întârzierea satisfacţiei. Aceasta se manifestă în special în inabilitatea individului de a se opri şi de a gândi înainte de a acţiona, de a-şi aştepta rândul când se joacă sau discută cu alţii, de a lucra pentru recompense mai mari şi pe termen mai lung decât de a opta pentru recompense relativ mari, dar imediate şi de a-şi inhiba comportamentul în funcţie de cerinţele situaţiei.
- Activitate excesivă, irelevantă pentru sarcină, sau slab reglată de cererile situaţionale. Copiii hiperactivi se mişcă excesiv, realizând foarte multe mişcări suplimentare, inutile pentru executarea sarcinilor pe care le au.
- Respectarea deficitară a regulilor. Copiii hiperactivi au frecvent dificultăţi în a urma regulile şi instricţiunile, în special când nu sunt supravegheaţi. Acest comportament nu este cauzat de o slabă înţelegere a limbajului, de neascultare sau de problemele de memorie. Se pare că nici în cazul lor instruirea nu reglează comportamentul.
- O varietate mai mare decât normală în timpul executării sarcinii. Nu există încă un consens în legătură cu includerea acestei caracteristici printre celelalte manifestări ale tulburării.. Mult mai multe cercetări sugerează că indivizii hiperactivi prezintă o foarte mare instabilitate în privinţa calităţii, acurateţei şi vitezei cu care îşi realizează sarcinile, fapt care se oglindeşte în performanţele şcolare fluctuante, unde persoana nu reuşeşte să menţină un nivel de acurateţe în timpul sarcinilor repetitive lungi, obositoare şi neinteresante.

O parte a acestor caracteristici pot fi prezente şi la persoanele normale, în special la copiii mici. Ceea ce distinge copiii hiperactivi de indivizii normali este gradul şi frecvenţa mult mai mare cu care aceste caracteristici se manifestă.

Următoarele caracteristici sunt, de asemenea, asociate cu această tulburare:

- **Manifestarea timpurie a caracteristicilor majore**. Multi copii hiperactivi au demonstrat aceste probleme încă din copilăria timpurie (3-4 ani), iar majoritatea la 7 ani.
- **Variaţia situaţională.** Caracteristicile majore prezintă o variabilitate situaţională foarte mare. Astfel, performanţa, este bună în activităţile de tip unu la unu cu alţii, în special când se implică tatăl sau o altă autoritate. De asemenea, performanţele indivizilor hiperactivi sunt mai bune când activităţile pe care le desfăşoară sunt noi, cu un grad ridicat de interes sau au consecinţe imediate pentru ei. Situaţiile de grup sau activităţile relativ repetitive, familiare şi neinteresante par să fie mai problematice pentru ei.
- **Evoluţia relativ cronică**. Mulţi copii hiperactivi manifestă caracteristicile în timpul copilăriei şi adolescenţei. Principalele simptome se înrăutăţesc cu vârsta, majoritatea copiilor hiperactivi rămânând în urma celor de vârsta lor în abilitatea

de a-şi susţine atenţia, de a-şi inhiba comportamentul şi de a-şi regla nivelul de activitate.

Hiperactivitatea/deficitul de atenţie este o tulburare frecventă, instalându-se la 3-5% dintre copii. Rata sexului este de 3:1 (băieţi-fete), pe eşantioane comunitare şi 6/9:1 (băieţi –fete) pe eşantioane clinice.

Hiperactivitatea/deficitul de atenţie se întâlneşte în aproape toate ţările şi în toate grupurile etnice. Este mai des întâlnită la indivizii cu precedent în tulburările de conduită, dificultăţi de învăţare, ticuri sau sindromul Tourette. Tulburarea debutează, în 50% dintre cazuri, înainte de 4 ani, dar de cele mai multe ori nu este recunoscută până la începerea şcolii. Manifestările persistă întreaga copilărie. Mai târziu, apar opoziţionismul provocator şi tulburările de conduită. La adult, se manifestă tulburări de personalitate de tip antisocial, o treime dintre copii prezentând semnele tulburării şi în perioada adultă.

Hiperactivitatea/deficitul de atenţie are o evoluţie defavorabilă, prezisă în special de coexistenţa tulburării de conduită, a QI-ului scăzut şi tulburări mentale severe la părinţi. Determină o deteriorare în viaţa socială şi şcolară, iar principala complicaţie este eşecul şcolar.

S-a estimat (**Barkley,** 1991) că 15-50% din copiii hiperactivi prezintă cu timpul o scădere a simptomelor sau cel puţin ating un punct în viaţă când simptomele lor încetează a mai fi maladaptative, însă cei mai mulţi indivizi hiperactivi vor continua să prezinte simptomele şi în tinereţe. Literatura de specialitate a consemnat abia cu câţiva ani în urmă faptul că adulţii pot prezenta aceste simptome şi că ele s-au manifestat din copilărie.

La 35-60% dintre indivizii hiperactivi vor apărea probleme, ca agresivitatea, conduita şi violarea normelor legale şi sociale în timpul adolescenţei, iar aproximativ 25% vor avea tendinţa de a avea comportamente antisociale, ca adulţi.

Cea mai comună arie de inadaptare este în activitatea şcolară, unde indivizii hiperactivi au tendinţa să repete clasa, necesitând o intervenţie educativă specială, sunt dezavuaţi pentru conduita neadecvată sfârşind prin a fi exmatriculaţi. De aceea, copiii hiperactivi ating, cel mai adesea, un nivel educaţional inferior persoanelor normale de aceeaşi vârstă şi capacitate intelectuală.

Aproximativ 35% dintre copiii hiperactivi vor prezenta dificultăţi de învăţare (întârzieri pe planul aptitudinilor lexice, grafice şi matematice), în afara simptomelor specifice tulburării.

La majoritatea indivizilor care prezintă simptome asociate hiperactivităţii cu deficit de atenţie (tulburări de conduită şi comportament antisocial) s-a înregistrat în adolescenţă abuz de substanţe toxice, în special de tutun şi alcool. La indivizii hiperactivi fără tulburarea de conduită această tendinţă se încadrează în limitele populaţiei normale.

1.5.1.2. Hiperactivitatea pe etape de vârstă

Manifestarea clinică a hiperactivităţii/deficitul de atenţie, netratată, se modifică odată cu vârstă. De vreme ce dezvoltarea atenţiei este strâns legată de ataşament, există o relaţie strânsă între comportamentul cognitiv timpuriu al copilului şi relaţiile lui interpersonale. Copilul hiperactiv este încă din primele luni de viaţă un copil neobişnuit. El plânge mult, este iritabil şi doarme mai puţin decât majoritatea copiilor. Nu reuşeşte să

se joace cu o singură jucărie sau să o exploreze. Distruge sau pierde până și cea mai plăcută jucărie.

De regulă, la vârsta de 3 ani se observă clar hiperactivitatea, neatenția și imposibilitatea de a disciplina un astfel de copil. Tulburarea alterează interacțiunile părinte-copil. De obicei, copilul este mult mai iritabil și neascultător față de mamă, și, prin urmare, mamele acestor copii sunt, de regulă, mult mai dominatoare și mai negativiste, existând dificultatea de a interacționa cu ele. La preșcolari, apar semnele hiperactivității motorii grosiere (de exemplu, alergatul sau cățăratul excesiv), copilul este în continuă mișcare, iar neatenția și impulsivitatea se manifestă mai frecvent prin trecerea de la o activitate la alta.

La preșcolarul mic, elementele predominante sunt neastâmpărul și neliniștea excesivă. Neatenția și impulsivitatea pot contribui la eșec în îndeplinirea sarcinilor și a instrucțiunilor trasate sau la efectuarea neglijentă a activității repartizate. Copilul manifestă frecvent dificultăți de învățare. Unii par a avea probleme perceptive primare (cum ar fi tendința de a inversa literele sau numerele), alții au dificultăți în învățarea cititului (dislexie), care de regulă sunt secundare impulsivității cu care ei realizează scanarea vizuală. Dificultățile de învățare pot deriva, însă, și din slăbirea altor aspecte cognitive. Perturbările atenției pot slăbi discriminarea dintre stimulii relevanți și cei irelevanți și pot tulbura procesele de vigilență susținută sau de reflexie. Spre exemplu, secvenționalarea corectă a informației sau discriminarea unui pattern sau concept relevant necesită, adesea, concentrarea susținută a atenției pe aspectele subtile ale unui stimul, obiect sau idee. Din cauza faptului că este distrat, copilul impulsiv poate pierde secvențe sau petternuri. În mod similar, intelesul abstract sau frazeologic al unui cuvânt, care este parțial definit de contextul în care apare, poate fi pierdut de copilul care procesează informația într-o manieră fragmentară (mai exact, el procesează fragmente de informație ce se succedă rapid).

În clasă, comportamentul copilului hiperactiv se caracterizează prin neastâmpăr, eșec în terminarea proiectelor, impulsivitate, slaba concentrare a atenției, subminare a autorității și distractilitate. Caietele lui sunt murdare și dezorganizate. Adesea, își uită responsabilitățile, pierde caietele de teme și își neglijează sarcinile școlare.

În perioada gimnaziului, copiii cu hiperactivitate/deficit de atenție sunt de regulă adânciți în conflict. Părinții sunt incapabili să-i mai stăpânească, profesorii nu reușesc să-i ajute să se adapteze la regulile clasei, colegii sunt deja plictisiți de comportamentul lor imatur și provocator, într-o permanentă cerere de atenție. Vecinii se plâng în permanență că le distrug proprietatea și că le influentează negativ copiii. Până acum, unii au fost deja greșit diagnosticați ca prezentând tulburări de conduită sau dificultăți de învățare.

Pe măsură ce copilul devine conștient de dificultățile lui de învățare, de izolarea socială în care se adâncește, stima de sine scade, devenind tot mai pronunțate laturile depresivă și sociopată ale personalității. Stima de sine scăzută este în parte reactivă, fiind reflectarea nereușitei în îndeplinirea sarcinilor, a rejecției sociale, a sentimentelor de

izolare şi a incapacităţii de a susţine relaţiile de ataşament. Incapacitatea lor de a-şi susţine atenţia sau de a menţine un interes prelungit pentru o activitate determină sentimente de plictiseală şi difuzia identităţii. Dezorganizarea internă evoluează în paralel cu comportamentele simptomatice haotice. Acestor copii le lipseşte angajamentul şi direcţia, ei neizbutind să-şi direcţioneze eforturile în secvenţe de reuşită cu sens. Dezvoltarea continuităţii emoţionale (realizarea legăturii interne dintre percepţii şi înţelegere, pe de o parte, şi sentimente, pe de altă parte) poate fi, de asemenea, dificilă în cazul acestor copii (**Gardner,** 1979).

Pentru mulţi copii hiperactivi, pubertatea se constituie într-un punct crucial de tranziţie în manifestarea tulburării. Schimbările hormonale par să mărească controlul cortical şi să diminueze hiperactivitatea. Cazurile care nu înregistrează această diminuare în simptomatologie se manifestă în adolescenţă prin creşterea agresivităţii, dificultăţi de învăţare şi un neastâmpăr emoţional şi comportamental. Adolescenţii care urmează tratament psihoterapeutic îşi pot dezvolta mecanisme compensatorii care le permit să-şi controleze comportamentul. Ceilalţi persistă într-un comportament de continuă căutare de stimuli şi de asumare a riscului. Studiile au arătat o incidenţă mai mare a abuzului de substanţe la adolescenţii cu tulburare hiperactivitate/deficit de atenţie reziduală, posibil ca metoda de a diminua neastâmpărul motor şi anxietatea subiectivă. Adolescenţii care au suferit în copilărie de hiperactiviate/deficit de atenţie, asociată cu o tulburare de conduită, au tendinţa de a adopta acum un comportament antisocial şi criminal.

Pe parcursul dezvoltării, hiperactivitatea motorie se diminuează, atingând niveluri de agitaţie controlabile, însă deficitul de atenţie şi impulsivitatea pot persista până la vârsta adultă. Aceste caracteristici pot lua forma abuzului de droguri sau de alcool, a asumării riscului, a activităţilor explozive şi antisociale. Atenţia fragmentară poate duce la o judecată slabă, la obiective neatinse. De regulă, aceşti adulţi sunt părinţi inconsecvenţi. Ei pot dezvolta tulburări de personalitate. Astfel, într-un studiu realizat în 1981, RL Gomez a constatat că există o incidenţă crescută a hiperactivităţii/deficitului de atenţie în copilărie la pacienţii internaţi cu psihoze sau tulburări caracteriale. În studii similare, alţi cercetători au demonstrat că un număr substanţial de pacienţi diagnosticaţi cu personalitate de tip borderline (Andrulonis, 1982) şi care prezentau atacuri de furie necontrolată (**Elliot,** 1982) au suferit, în copilărie, de hiperactivitate/deficit de atenţie. De asemenea, o treime dintre bărbaţii adulţi alcoolici suferă de sindromul hiperkinetic rezidual (**Wood,** 1983).

Elementele asociate variază în funcţie de vârstă: stima de sine scăzută, labilitate afectivă, toleranţa scăzută la frustrare, accese de mânie, insucces şcolar, simptome ale opoziţionismului provocator, tulburări de conduită, tulburări specifice de dezvoltare, encomprezis funcţional, semne neurologice minore, nelocalizate, disfuncţii perceptiv-motorii.

1.5.2. Devianța, formă structurată a tulburărilor de comportament

Un tablou al formelor devianței ar fi dificil de realizat, datorită complexității fenomenului. Tocmai caracterul ei complex, interdisciplinar implică cea mai generală clasificare, aceea după criteriul disciplinei, al cărei obiect de studiu îl constituie:

- Devianța la nivel social;
- Devianța la nivel individual, psihologic;
- Devianța psihopatologică;
- Devianța medico-legală;
- Devianța penală;
- Devianța moral-educațională.

Sociologia devianței operează cu un evantai de criterii (empirice sau stiintifice) pentru a o caracteriza:

→După normele socialmente acceptate, situațiile de inadaptare sau neintegrare socială se pot concretiza în:

- Reacții de respingere (devianța negativă);
- Evaziune (devianță neutră);
- Inovare (devianță pozitivă).

→După marja de toleranță socială față de comportamente deviante, există:

- Comportamente aparente sau ascunse (care nu periclitează semnificativ, bunul mers al societății);
- Comportamente manifeste (care pun în pericol valorile fundamentale ale societății respective).

→După numărul persoanelor implicate, distingem:

- Devianța individuală;
- Devianța de grup.

→După vârsta devianților, distingem:

- Devianța copiilor și tinerilor;
- Devianța adulților.

→Factorul timp determină alte două tipuri de devianță:

- Devianța accidentală (circumscrisă unui fapt configurat și care, odată consumat, determină revenirea deviantului la o conduită normală);
- Devianța permanentă (ca deprindere de conduită).

Psihologia judiciară oferă alte clasificări ale formelor devianței și delincvenței din perspectivă individuală:

→După gradul de normalitate psihică, deviantul poate fi:

- Normal;
- Anormal.

→După prezența sau absența intenției:

- Acte spontan-intenționate;
- Acte premeditate;
- Neintenționate.

→După gradul de responsabilitate (implicarea discernamântului),deviantul poate fi:
- Perfect responsabil;
- Cu intelect redus;
- Dezorganizat sau destructurat psihic.

→În funcție de motivația care stă la baza conduitei delincvente:
- Predominant extrinsecă (interesul principal orientat spre atingerea unor scopuri);
- Predominant intrinsecă (interesul principal orientat spre aspectele de conținut ale activității antisociale).

→După gradul de maturizare psihică (afectiv-intelectuală), deviantul poate fi:
- Normal maturizat;
- Accelerat maturizat;
- Imatur.

În psihiatrie, apar următoarele clasificări ale devianței comportamentale:

→ După criteriul evolutiv și etiologic:
- Tulburări de comportament sau tulburări tranzitorii în dezvoltarea personalității; ele survin în timpul etapei de cristalizare a trăsăturilor de personalitate. Limita maximă a manifestărilor labile este 18 ani. Etiologia lor este necunoscută și au un caracter episodic, temporar.
- Psihopatii sau tulburări în modul de structurare a personalității; include deviații calitative sau cantitative ale sferei afectiv-voliționale sau instinctuale, care se cristalizează în adolescență și persistă toată viața. Se manifestă în plan comportamental fără a fi recunoscute ca atare de către subiect;
- Stări psihopatoide-dizarmonice sau tulburări de evoluție a personalității; apar ca urmare a unei agresiuni precizabile, cu acțiune lezională cerebrală care modifică personalitatea anterioară a subiectului, cu evoluție cronică; se mențin în tot timpul vieții, ca decompensări nevrotice sau psihotice reactive, vulnerabile la psihotraume.

→ În funcție de cele 6 structuri de reacție comportamentală, descrise de Manualul Statistic și Diagnostic al Tulburărilor Mentale (Diagnostic and Statistical Manual of Mintal Disorders) elaborat de către Asociația Psihologilor Americani distingem:
- Reacție hiperkinetică – specifică copiilor cu afecțiuni neurologice minime;
- Reacție de retragere – poate să apară atunci când copilului i se oferă prea puțină satisfacție;

- Reacția superanxioasă – tinde să apară în mod particular în clasa de mijloc, în familiile deosebit de ambițioase în plan educațional, în care copiii sunt solicitați să realizeze achiziții comportamentale în baza unor înalte standarde impuse;
- Reacția agresivă nesocializată – tinde să apară în cazul respingerii parentale, cuplată cu superprotecția parentală;
- Reacția de fugă, de evadare – tinde să apară în cazul respingerii parentale integrale;
- Reacția grupului delincvent – tinde să apară ca rezultat al rebeliunii de grup din anii adolescenței, în absența supravegherii parentale;

❁ **Criminologia și medicina legală** clasifică comportamentul deviant în:
- Comportament antisocial accidental sau ocazional;
- Comportament predelictual;
- Comportament delictual propriu-zis;
- Comportament infracțional-patologic.

❁ **După criteriul etiopatogenic**, comportamentul antisocial se clasifică astfel:
- Comportament motivat patologic, pentru care se impun măsuri permanente de ordin curativ;
- Comportament potențat (sensibilizat) patologic, pentru care sunt indicate, în primul rând, măsuri cu caracter curativ;
- Comportament declanșat patologic, pentru care sunt indicate în primul rând măsurile cu caracter preventiv;
- Comportament exacerbat al unui fond patologic în stare de latență și pentru care, pe lângă măsurile preventive se impun, uneori, măsuri curative diferențiate.

❁ **După criteriul simptomatologic**, comportamentul antisocial infracțional cuprinde următoarele categorii:
- Comportament instabil;
- Comportament impulsiv;
- Comportament agresiv, cu formele de hetero și autoagresivitate;
- Comportament pervers (aberant);
- Comportament reactiv.

❁ **După criteriul frecvenței infracțiunilor comise:**
- Delincvenți la prima infracțiune;
- Delincvenți cu recidivă;
- Delincvenți ocazionali;
- Delincvenți profesionali;
- Delincvenți ce acționează individual;
- Delincvenți ce acționează în grup sau în bandă.

- **După criteriul discernământului,** care suscită serioase probleme de stabilire în cazul minorilor inculpați, sunt determinate, din punct de vedere juridic, în Codul Penal următoarele categorii:
  - Copilul sub 14 ani, este considerat iresponsabil (el neavând capacitatea înțelegerii încărcăturii sociale a actelor sale)
  - Între 14-16 ani, responsabilitatea este prezumtivă, dar poate fi răsturnată prin probe contrare;
  - Intre 16-18 ani, prezumția de responsabilitate acționează ca regulă (se consideră că minorul este suficient de maturizat pentru a discerne asupra propriilor acte și a răspunde pentru faptele sale).
- **În funcție de obiect,** infracțiunile se clasifică astfel: **(G. Antoniu, C. Bulai**, 1976)
  - Infracțiuni în dauna avutului public;
  - Infracțiuni în dauna avutului particular;
  - Infracțiuni contra persoanei;
  - Infracțiuni care aduc atingere unor relații privind conviețuirea socială.

Ponderea cea mai mare între infracțiunile comise de minori și tineri, în ultimul deceniu, o prezintă infracțiunile patrimoniale (îndeosebi furturile și furturile calificate săvârșite în dauna avutului particular și în dauna avutului public), apoi infracțiunile de violență contra persoanei (tâlhăria, tâlhăria în dauna avutului public, violul, omorul, loviturile cauzatoare de moarte, vătămarea gravă a integrității corporale etc.).

- **Dupa gradul de educabilitate,** minorii delincvenți pot fi:
  - Greu educabili (cei pentru care timpul mediu obișnuit afectat educației și instruirii nu este suficient);
  - Ușor educabili (cu o condiționabilitate înnăscută crescută).

Se conturează din ce în ce mai clar, cu privire la etiologia devianței un punct de vedere intermediar, "perspectiva cauzalității multiple" sau a "factorilor", care concep delincvența ca fiind rezultatul unui număr mare și variat de factori.

Adepții acestei perspective consideră că fiecare factor, separat, are o anumită importanță, devianții apărând fie la intersecția a doi factori majori, fie datorându-se influenței concentrate a șapte sau opt factori minori.

Înclinarea spre devianță și adoptarea comportamentului infracțional rezultă din suprapunerea diferitelor cauze pentru fiecare caz în parte. Simpla însumare sau separare a lor nu poate da explicații în raport cu comportamentul unui minor.

Așadar, devianța comportamentală este determinată de acțiunea comună a celor doi factori cauzali, ce se raportează atât la vârsta cronologică, cât și la cea mintală a subiecților respectivi.

2. IMPACTUL TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ASUPRA ACTIVITĂȚII ȘCOLARE

Gradul de adaptare la activitatea școlară presupune o capacitate și trebuința elevului de a cunoaște, de a asimila, de a interioriza cerințele externe, influențele instructiv-educative programate, alături de dorința și capacitatea lui de a se modela, de a se acomoda, de a se exterioriza în sensul acestora.

În situație de eșec, în adaptarea școlară și în vederea depășirii momentului se cere descifrarea, pentru fiecare elev în parte, a cauzelor și a condițiilor dificultății de adaptare. Se cercetează configurații de factori fizici, intelectuali, afectivi caracteriali etc. pe de-o parte, și familiali, sociali și pedagogici, pe de altă parte – considerându-se că eșecul în învățare provine din dizarmonia dintre factori sau din absența sau deficiența unora dintre ei. Factorii etiologici se caută atât în mediul școlar, în special, în calitatea activității instructive, în condițiile familiale, precum și în particularitățile individuale ale elevului; ***neadaptarea este întotdeauna multicauzală.*** De observat că, uneori, insuccesele școlare nu se datoresc nedezvoltării inteligenței școlare ci unor cauze predominant afectiv-motivaționale (instabilitate psihomotorie sau emoțională accentuată, anxietate, lipsa motivației intrinseci, atitudine negativă față de activitatea școlară etc.) sau a cauzelor pedagogice (metode tradiționale, predominant verbale, monotone, pasive etc.)

Indiferent de cauzele care plasează copilul/elevul într-o anume categorie a tulburărilor de comportament, educația prin școlarizare trebuie să ofere șanse egale pentru toți. Însă copilul cu tulburări de comportament intră în sistemul de învățământ cu un registru ***larg de manifestări*** ce se transformă ***în obstacole în procesul de adaptare școlară. Aceste manifestări nu se prezintă ca simptome izolate*** (conform cauzalității) ***ci se organizează în diverse atitudini, respectiv, structuri de conduită sub formă de:***

- conduite de dominare, agresive, caracterizate prin accese de mânie, impulsivitate, crize de violență, iritabilitate;
- incapacitate de concentrare sau distribuire a atenției asupra sarcinii școlare;
- lipsa de fidelitate și trăinicie a memoriei, sărăcia vocabularului, volumul redus al limbajului pasiv, dezvoltarea insuficientă a unor aptitudini speciale;
- nivelul redus de motivație, aspirație, insuficiența voinței, a perseverenței precum și atitudinea negativă față de grădiniță/școală duc la tulburări ale structurii personalității în formare;
- lipsa de stăpânire, de autocontrol, autoreglarea nesigură și insuficientă îi determină elevului cu tulburări de comportament reacții de opoziție (indisciplină, reacții de evadare), de respingere a sarcinii intelectuale față de care se antrenează mai greu;
- instabilitatea psihică (care nu este asociată, în mod necesar, cu cea motrică) prezentă, uneori, la copilul cu tulburări de comportament,

poate genera un decalaj față de nivelul mediu al grupei/clasei. Acest decalaj declanşază, la rândul său, dezinteresul, dispersarea atenţiei, dirijarea, adesea involuntară, spre alte preocupări decât cele şcolare specifice colegilor. Copilul instabil, în clasă, este turbulent, perturbă întregul proces de învăţământ. Se plimbă prin clasă, vorbeşte, strigă, răspunde înainte de a fi întrebat, deranjază colegii din jurul său, căutând să-i atragă de partea lui, să-i stăpânească. Notele sunt sub nivelul posibilităţilor intelectuale, iar nota la purtare este, adesea, scăzută.

- conduite perverse – copiii care prezintă aceste conduite nu sunt conştienţi de utilitatea respectării normelor, sunt neintimidabili. Acestor manifestări li se adaugă obrăznicia faţă de profesori, neglijenţă în îndeplinirea sarcinilor şcolare, delăsarea, indolenţa, dar şi manifestări de rebeliune, violenţă faţă de colegi, în limbaj şi comportare, distrugerea bunurilor comune. Ei acceptă greu o frustrare, un reproş, o simplă remarcă. Prezintă atitudini refractare, nervozitate la încercările educative.

Tulburările de comportament nu pot fi abordate fără referiri la motivaţie, la paricularităţile afectiv-voliţionale, la aspecte ale personalităţii, care pot deregla adaptarea la cerinţele şcolare, în pofida unei dezvoltări intelectuale în limitele normalului. În anumite cazuri, copilul cu tulburări de comportament, poate prezenta ***blocaje*** în dezvoltarea afectivă cu influenţe negative asupra structurii sale cognitive, care dereglează raporturile elevului cu şcoala. În cazul unei excitabilităţi exagerate, procesele de cunoaştere sunt perturbate. Gândirea devine superficială, capacitatea de concentrare este slabă, mai ales în activităţile ce presupun efort voluntar, generând insuccese repetate şi prelungite ce pot favoriza diverse forme de agresiune.

Tulburarea sferei afectiv-atitudinale a personalităţii, obiectivată în moduri specifice de reacţii deviate la solicitările mediului, formează unul din simptomele centrale ale conduitelor predelincvente. Astfel, diagnosticarea tulburărilor de conduită, nu poate fi realizată fără explorarea unor trăsături afectiv-motivaţionale fundamentale şi bipolare, ca: retragere – expansiune, rigiditate – sugestibilitate, anxietate – agresivitate etc. Tulburările de comportament pot apărea, frecvent, şi pe fondul capacităţilor intelectuale slab dezvoltate, caracterizate prin criticismul redus al gândirii.

Tot acest registru de trăsături, ce aparţin unei structuri de personalitate în formare, se pot transforma într-un factor inhibitor, provocând un dezechilibru al relaţiei elevului cu şcoala. Prin urmare, eşecul şcolar nu rămâne doar la stadiul de a exprima o incapacitate ci devine, foarte curând, o piedică în dezvoltarea intelectuală, afectivă şi caracterială a elevului în cauză.

3. TERAPIA TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT

3.1. Programe terapeutice pe etape de vârste

Programul terapeutic pentru preşcolari, după dr. **Iuliana Dobrescu** (2003).

Deşi tulburările de comportament sunt rare la această vârstă, este necesară intervenţia precoce, prin:

- stimulare generală;
- consilierea părinţilor;
- suport pentru aceştia în perioadă de criză;
- identificarea corectă a temperamentului copilului;
- facilitarea eficacităţii parentale, în special în aplicarea normelor coercitive şi a pedepselor;
- folosirea medicaţiei este uzuală, la acest grup de vârstă, pentru simptomele principale, deşi eficacitatea lor este îndoielnică.

În această perioadă, copiii sunt tentaţi să experimenteze ***care sunt consecinţele de a spune nu.*** În cazul în care sunt refuzaţi, pot avea comportamente demonstrative, crize de furie, aruncări la podea, ţipete. Este important ca părinţii şi educatorii să ştie că negativismul aparţine unei etape normale de dezvoltare. Lucrurile se complică în cazul în care copilul se comportă constant impusiv şi agitat. ***În acest caz, adulţii trebuie să dea dovadă de mult calm şi răbdare cu copilul, să-l înveţe că l-ar ajuta mai mult dacă ar reacţiona fără încăpăţânare şi furie.***

Dacă este lăsat să facă tot ceea ce-i place, nu numai că va fi insecurizat datorită libertăţii prea mari (neştiind cum să-i facă faţă), dar va fi foarte puţin pregătit pentru integrarea în colectivitate.

Program terapeutic pentru copilul cu vârsta cuprinsă între 7-14 ani

- îmbunătăţirea abilităţilor copilului de a accepta cererile şi obligaţiile venite din partea figurilor autoritare (a profesorilor) şi de a obţine performanţe şcolare, de a-şi apropia grupul de vârstă;
- Copilul va fi ajutat să-şi asume responsabilităţi. Terapia se adresează copilului, familiei sale şi şcolii (profesori şi colegi).

De reţinut că, la vârsta pubertăţii, aspiraţia naturală spre cucerirea autonomiei şi modalităţile de manifestare a independenţei generează discuţii contradictorii, atitudini de frondă şi conduită de tip opoziţional faţă de părinţi şi de profesori. Această problemă ***poate fi rezolvată dacă există o comunicare autentică între părinţi şi copii, profesori şi elevi. Ei trebuie să discute nu numai lucruri obişnuite, legate de îndeplinirea sarcinilor şcolare, ci şi despre dorinţele, nevoile, temerile, gândurile, aspiraţiile copiilor.*** Conflictele trebuie preîntâmpinate, iar, dacă apar, să fie gestionate cu inteligenţă (controlul tendinţelor primare şi a manifestărilor grosiere, impulsive în favoarea discuţiilor constructive).

Este foarte important ***ca activităţile din şcoală sau temele pentru acasă să nu-i solicite la maximum.*** Copilul hiperactiv, oricum face eforturi mai mari în comparaţie cu cei fără astfel de probleme. Este benefic, pentru elevii cu probleme de comportament, ***să***

existe cerințe moderate până sunt eliminate dificultățile generate de tulburările de comportament.

În concluzie, există motive pentru ca profesorii să fie optimişti, să aibă încredere în posibilitatea de a corecta tulburările de comportament, prin strategii de modificare comportamentală, stimularea încrederii în sine, comunicare autentică (pentru a cunoaşte şi satisface nevoile de afiliere, apartenență) îmbunătățirea relațiilor cu ceilalți şi a capacității de a gestiona conflictele sau situațiile dificile.

Program terapeutic pentru adolescent. Elaborarea programului ridică probleme speciale, mai ales la această vârstă, când sunt mai frecvente tulburările de conduită. Tratamentul individual este mai eficace pentru că adolescentul are nevoie să-i fie respectată intimitatea şi se poate obține o bună alianță medic/psiholog – adolescent.

Mulți dintre ei se află în conflicte majore şi cu alți adolescenți ***şi îşi doresc să se afle în siguranță,*** undeva departe de aceştia.

Utilizarea de alcool şi de substanțe interferă cu medicația, de aceea se impune prudență la administrarea tratamentului la această vârstă.

Obiectivele psihoeducaționale vizează posibilitățile sociale ale acestor adolescenți aflați în derivă:

- educarea abilităților de rezolvare a conflictelor;
- educarea autocontrolului şi a modalităților de a-şi controla furia;

O altă perspecivă terapeutică, cu multe similarități (**Kazdin**, 1997), consideră ca important în tratamentul adolescenților cu tulburări de comportament următoarele:

- consilierea familiei care se consideră a avea două obiective:
    - o „atitudinea educațională şi modalitatea familiei de a pedepsi sau recompensa tânărul este importantă şi porneşte de la sintagma că pedeapsa este un factor cu un rol însemnat în apariția comportamentelor antisociale". Trebuie identificat patternul familial în aplicarea pedepselor şi modul cum reacționează adolescentul la ele;
    - o „funcționarea familiei, armonia sau dizarmonia ei"; se porneşte de la ipoteza că probleme tânărului reflectă de mai multe ori interacțiunea dintre membrii familiei. Scopul este de a fi uniți şi de a ***îmbunătăți reciprocitatea şi patternurile de comunicare.***

O altă abordare a tulburărilor comportamentale, la adolescent, se referă la ***teoria multisistemică a lui Henggler,*** care consideră că tratamentul acestora este cu mult mai benefic în mediul lor psihosocial. Autorul consideră că, simultan cu abordarea cazurilor cu manifestări agresive, direct în comunitate, să se folosească şi intervenția familială.

De exemplu, adolescenții mint, pentru că nu vor ca părinții lor să ştie că fac un lucru cu care, probabil, nu ar fi de acord, pentru că sunt nesiguri şi recurg la această tactică ca să obțină ceva ce nu vor putea obține prin propriul talent sau ca să evite situații care le crează disconfort. Anii adolescenței sunt, mai curând, o perioadă a experimentelor decât a revoltelor. Tulburările de conduită ale adolescenților sunt diferite de cele ale preşcolarilor sau ale copiilor de până la 14 ani. Ele sunt legate de teme, de resposabilități etc.

Față de aceste situații, atât părinții, cât şi profesorii ***trebuie să dea dovadă de toleranță față de comportamentele greşite care însoțesc, inevitabil, procesul de***

maturizare și experimentare pentru găsirea propriei identități. Supărările emoționale ale adolescentului trebuie tratate cu respect de către părinți. Ei trebuie să folosească aceste momente ca pe o șansă de apropiere față de tânăr, astfel încât să-l ajute să înțeleagă problemele de viață. Trebuie păstrată deschisă funcția de comunicare cu adolescenții, pentru a descoperii momentul cel mai bun în relația cu aceștia. De așteptat, că schimbările în comportament să nu apară imediat, renunțarea la vechile obiceiuri fiind un proces treptat, ce presupune nevoia adolescentului de a se verifica, de a se concentra mai mult asupra calităților sale, fiind, totodată, mai tolerant în privința defectelor celor din jur. Se mai poate continua și cu ***sfătuirea individuală,*** cu măsurile educaționale și sociale pentru îmbunătățirea capacității de a funcționa în mediu.

Este important pentru autorități să cunoască și să susțină programele educaționale în comunitate și să faciliteze aporturile pentru copii și adolescenți cu dificultăți de comportament ***prin aplicarea de modificări în programele școlare și intervenția prin părinți și profesori.***

Comunitatea trebuie să se asigure că fiecare copil trebuie să cunoască, să învețe care sunt elementele esențiale pentru a-și stăpâni mânia sau pentru a-și rezolva conflictele în mod pozitiv, să-și controleze impulsurile sau oricare dintre celelalte competențe fundamentale la nivel emoțional – ideea aparține lui **Daniel Goleman** (2008), care propune ***„programul de alfabetizare emoțională”,*** pe care îl prezentăm selectiv:

- **Conștientizarea de sine emoțională**
  - O mai bună înțelegere a cauzelor care au generat diverse sentimente.
  - Arta de a asculta, de a rezolva conflictele și de a coopera.
- **Stăpânirea emoțiilor**
  - O mai bună toleranță la frustrare și o mai bună stăpânire a mâniei/capacitatea de control a impulsurilor.
  - Mai puține insulte, bătăi și acte de indisciplină la ore.
  - Mai puțină agresivitate sau comportament autodistructiv.
  - Mai multe sentimente pozitive despre sine, școală și familie.
  - O mai bună stăpânire a stresului.
- **Utilizarea emoțiilor în mod productiv**
  - Mai multă responsabilitate.
  - Mai puțină impulsivitate; mai mult autocontrol; amânarea satisfacțiilor, efort de a împiedica necazurile care să-i întunece gândirea, de a fi stăruitor și de a spera (gândirea pozitivă).
- **Empatia. Citirea emoțiilor**
  - O mai mare capacitate de a privi lucrurile din perspectiva celuilalt.
  - O mai mare empatie și sensibilitate față de sentimentele celorlalți.
  - O ascultare mai atentă a celorlalți.
- **Abordarea relațiilor interpersonale**
  - O mai bună capacitate de a analiza și de a înțelege relațiile.
  - O mai bună rezolvare a conflictelor și a neînțelegerilor prin negocieri.

- Mai multă atenție față de semeni.
- Mai multă democrație în tratarea celorlalți.
- A-l ajuta în realizarea unui raport corespunzător între o conștientizare interioară a actelor inițiate și capacitatea de adaptare socială, în situații în care tânărul nu reușește să acționeze eficient pentru a corecta o relație dorită cu ceilalți.

Autorul este de părere că acest program trebuie să funcționeze sub formă de „lecții emoționale" – într-un mod planificat, ținându-se seama că maturizarea creierului este un proces de durată și, prin urmare, copiii ar putea să fie ajutați să-și cultive un repertoriu emoțional sănătos.

3.2. Forme și posibilități de recuperare a comportamentului deviant la adolescenți

Adolescentul de azi este adultul de mâine. Cine este el? Cum se definește pe sine? Psihologia evidențiază preocuparea adolescentului în construirea noii identități și subliniază că multe din problemele experimentate de adolescenți au la origine absența unei identități solide. Soluția multor specialiști, psihologi, sociologi în problemele adolescenților este de a crea căi sau „spații" pentru ca tânăra persoană să-și descopere identitatea. Ei sugerează o amânare a altor preocupări, care să-i creeze adolescentului posibilitatea de a se angaja cu toată ființa în dificila muncă și de a-și construi imaginea de sine.

Psihologia, sociologia, însă, nu dau răspunsuri complete la întrebările: Cum se poate găsi adevărata identitate? Cum pot fi ajutați adolescenții în construirea unei imagini de sine reale? Cum își pot stabili adevărata valoare? În sistemul de valori secular, identitatea este legată doar de noua înfățișare fizică, de maturizarea psihologică și de noul statut social.

Ce anume dă valoare ființei umane? Mulți adolescenți tind să-și dezvolate imaginea de sine în baza unor abilități, prin comparație cu ceilalți sau cu o imagine idealizată despre ceea ce ei ar trebui să fie. Astfel, ei pot ajunge să se considere lipsiți de valoare, deoarece nu excelează în anumite domenii sau nu sunt capabili să stabilească anumite relații. Eșecurile în anumite domenii ale vieții adolescentului conduc, deseori, la sentimentul lipsei de valoare. De aici, se pot naște conflicte interioare puternice, care pot duce la dezechilibre psihice și la un comportament deviant. Mărturie stau statisticile în legătură cu delincvența juvenilă.

Adolescentul, care intră în viața de adult fără a fi ajuns să-și cunoască adevărata identitate și valoare personală, va avea probleme cu el însuși și va avea dificultăți de adaptare și integrare în societate.

Faptul că o parte dintre tinerii adolescenți sunt atrași de grupuri stradale, ajungând să fugă, să abandoneze școala și să adere la conduite de delict, respectiv să fure, să devină violenți, să consume droguri, alcool obligă familia, școala să găsească și să aleagă soluții practice de intervenție, în vederea recuperării lor atât în plan psihologic (de restructurare a schemelor caracterial-morale), cât și în plan social (de asimilare și de respectare ***a valorilor*** și normelor unanim acceptate de comunitate).

Găsirea de soluţii presupune ***cunoaşterea, evaluarea personalităţii în plan psihologic*** (cunoaşterea structurii personalităţii) ***şi sociologic***, respectiv de evaluare a familiei ca prim nucleu social de formare a copilului, a grupului de apartenenţă, a tipului de reactivitate pe care subiectul îl poate avea în faţa obstacolelor de diferite tipuri.

Abia după ce există date certe cu privire la schema personalităţii cu un deficit de un anume tip, se poate vorbi de elaborarea unui program de intervenţie în vederea recuperării.

Este important de reţinut dacă programul decis a fi aplicat trebuie să dispună de o bună încadrare justifică, mai exact, ca legea să permită în a se lua o serie de măsuri, în funcţie de vârstă şi de faptele comise.

3.2.1. Centrul de reeducare, formă de resocializare a tinerilor delincvenţi

Centrele de reeducare din România au avut un parcurs destul de sinuos, atât înainte, cât şi după 1989. Dacă în 1951 funcţionau 10 şcoli de corecţie/centre de reeducare, în care erau aproximativ 2500 de minori, cu vârste între 10 şi 18 ani (orfani, copii proveniţi din familii dezorganizate şi cei care au comis infracţiuni uşoare de genul vagabondaj, tâlhărie, spargeri, cerşetorie), în 1977 acestea au fost închise, iar faptele penale comise de minori erau amnistiate. Acest lucru a dus la creşterea numărului de minori delincvenţi drept pentru care, în anul 1978, s-a dispus reînfiinţarea centrelor de reeducare în subordinea Ministerului de Interne.

Din 1990, centrele de reeducare funcţionează în subordinea Ministerului Justiţiei, iar în anul 2000 s-a început un amplu proces de modernizare a acestor centre, atât în ceea ce priveşte condiţiile de locuit, cât şi sub aspectul programenlor pe care le derulează. Centrele de reeducare au ca obiectiv resocializarea minorilor cu vârsta între 14 şi 18 ani ce au săvârşit fapte penale sancţionate cu măsura internării într-un centru de reeducare.

Prevederile Codului Penal, referitor la această sancţiune, stipulează ca minorul să rămână în centru un an, după care, la propunerea Consiliului profesoral, instanţa poate să decidă punerea în libertate. În ceea ce-i priveşte pe minorii care împlinesc vârsta de 18 ani, înainte de finalizarea pregătirii şcolare, sau schimbarea atitudinală ori comportamentală, instanţa poate să dispună prelungirea internării până la vârsta de 20 de ani.

Scopul internării într-un centru de reeducare îl reprezintă recuperarea psihosocială a adolescenţilor care au comis infracţiuni, formarea şi dezvoltarea unor deprinderi şi comportamente psihosociale în vederea reintegrării în comunitate.

Obiectivele generale ale internării tânărului delincvent în centrul de reeducare:

- şcolarizarea minorilor în concordanţă cu sistemul de învăţământ public, cu scopul reintegrării în şcoală, fără dificultate după punerea în libertate;
- pregătirea şi formarea profesională, pentru dobândirea de competenţe care să le faciliteze accesul şi reuşita pe piaţa forţei de muncă;
- intervenţia educativă în scopul responsabilizării şi dobândirii comportamentelor prosociale;
- intervenţia terapeutică în scopul echilibrării personalităţii.

Principii de funcționare:

- asigurarea unui ambient social normal, care să permită dezvoltarea armonioasă a fiecărui minor;
- protecția împotriva oricărei forme de abuz;
- respectarea şi promovarea drepturilor fiecărui minor;
- refacerea, menținerea şi optimizarea legăturilor cu familia;
- realizarea unui proces educațional continuu, care să garanteze formarea echilibrată a persoanei.

Funcțiile centrelor de reeducare:

- funcția de îngrijire şi supraveghere;
- funcția de cunoaştere şi evaluare;
- funcția de pregătire şcolară şi profesioanlă;
- funcția educativă şi de dezvoltare personală;
- funcția terapeutică;
- funcția de reintegrare familială şi socială.

În conformitate cu aceste funcții, în centrele de reeducare se desfăşoară un ansamblu structurat de programe şi activități, pe două coordonate: *intervenție educativă şi terapeutică.*

Activitatea educativă înseamnă şcolarizare, calificare, acumulare de cunoştinţe despre ei înşişi şi ceilalți, dezvoltarea deprinderilor sociale, modalități neconflictuale de rezolvare a problemelor. Şcolarizarea este supusă prevederilor Legii Învăţământului şi asimilată învăţământului special, integrat în sistemul național, având cadre didactice din învăţământul public şi se desfăşoară pe următoarele niveluri:

- învăţământul primar, clasele I-IV, curs de zi;
- învăţământul gimnazial, clasele V-VIII;
- şcoala de arte şi meserii, clasele IX-X;
- învăţământul liceal, la şcolile din comunitate.

Minorii din centre care au depăşit vârsta de 16 ani, au la dispoziţie cursuri de arte şi meserii, inițieri şi calificare, în urma cărora obțin diplome care le atestă pregătirea profesională. Amintim câteva exemple:

- operator calculator;
- mecanic auto;
- zidar;
- bucătar;
- croitor;
- agricultor etc.

Programele educative din centrele educative vizează, în principal, conştientizarea de către minori a gravității faptelor comise, internalizarea valorilor şi deprinderilor în baza cărora să facă alegeri corecte şi cinstite în viață. Programele au integrate activități de resocializare, desfăşurate în comunitate, ca de exemplu, vizite în parcuri, expoziții, muzee, excursii în tabere şcolare, competiții culturale, artistice etc.

Activitatea terapeutică include terapii cognitiv-comportamentale, nondirective, ocupaționale, ludoterapie, artterapie, în scopul îmbunătățirii sistemului de relații interpersonale, înțelegerea propriilor dizarmonii ale personalității etc.

Legislația în vigoare privind funcționarea Centrelor de reeducare

Activitățile din centrele de reeducare sunt reglementate de prevederile următoarelor documente internaționale, ratificate în statul român:

- Convenția ONU pentru Drepturile Copilului;
- Ansamblul Regulilor Minime ale Națiunilor Unite cu privire la administrarea justiției pentru minori (regulile de la Beijing, 1985);
- Regulile Națiunilor Unite pentru protecția minorilor privați de libertate;
- Convenția împotriva torturii, a tratamentului inuman sau degradant;
- Regulile Penitenciare Europene (1987).

Derularea programelor în centrul de reeducare impune, cu stringență, găsirea unor căi de influențare a agresivității în sensul reducerii ei.

Agresivitatea are extrem de multe surse de stimulare a manifestării, iar pentru anihilarea ei, este nevoie de uriașe investiții și eforturi socio-profesionale. Aceste surse se cantonează, în general, la nivelul individului, al conduitei și al reactivității lui comportamentale, la nivelul personalului care, în anumite situații, reacționează inadecvat, la nivelul stresului cauzat de însăși privarea de libertate.

O cale de reducere a agresivității, folosită din cele mai vechi timpuri și în cele mai diverse forme este *pedeapsa*. De cele mai multe ori, ea se aplică în urma manifestării agresive, cu scopul sancționării ei și, totodată, cu intenția clară de a preveni repetarea actelor de violență. Pedepsele pot fi instituționalizate (cazul sancțiunilor juridice) sau neinstituționalizate (cum sunt cele din cadrul familiei). Este dificil de răspuns în ce măsură pedeapsa aplicată previne repetarea comportamentului agresiv. Recidivismul este un exemplu clar al eșecului programului de recuperare, bazat pe sancțiuni severe, inclusiv agresiunea fizică, are un impact negativ, indiscutabil, asupra evoluției și dezvoltării copilului.

O altă modalitate *de reducere a agresivității o constituie diminuarea efectelor antisociale.* Așa cum demonstrează teoriile învățării sociale ale lui Albert Bandura, comportamentul agresiv se imită și se învață. Deci, pentru a preveni realizarea unor asemenea achiziții comportamentale, trebuie evitat, pe cât posibil, contactul copilului cu modelele de conduită agresivă. De asemenea, în cadrul muncii educative trebuie insistat în direcția realizării unor frâne agresivo-intuitive care să-l ferească pe subiect, din interiorul său, de angajarea în acte reprobabile. Un obiectiv al muncii educative, îl constituie formarea unui model de tip „conduită amânată", care ajută subiectul să nu dea curs imediat oricărei provocări de natură agresivă. Desigur, munca educativă, desfășurată atent și temeinic, conduce la formarea generală a unor deprinderi și abilități de raportare și comunicare interpersonală și socială, la formarea unor capacități empatice și a unor atitudini de parteneriat, toate acestea funcționând, la rândul lor, ca mijloace de frânare și de reducere a tendințelor de adoptare a comportamentului agresiv formând bazele comportamentului prosocial.

Expunerea minorilor, din centrele de reeducare, la modele prosociale măreşte probabilitatea dezvoltării unei conduite de întrajutorare umană. Cu cât se va promova mai mult valorile sociale prin acţiunile noastre, cu atât îi vom influenţa mai puternic pe ceilalţi în sensul realizării unor comportamente prosociale.

Aşa cum recomanda Tăsică (2002), pentru optimizarea programelor de reeducare ar fi necesară iniţierea personalului centrelor în domeniul teoriei acţiunii sociale pe care apoi să o pună în practică cu minorii prin:

- Măsuri psiho-pedagogice şi psiho-sociologice;
- Măsuri socio-profesionale;
- Măsuri medico-psihologice şi psihiatrice;
- Măsuri juridice.

Măsuri psiho-pedagogice şi psiho-socilogice

Acestea urmăresc, în urma depistării şi înlăturării timpurii a unor factori negativi, cultivarea unor relaţii interpersonale adecvate, pentru realizarea unei inserţii socio-familiale pozitive.

Pentru aceasta, se impune depistarea de către serviciile de asistenţă socială şi alţi factori (consilieri, educatoare, învăţători, profesori, cadre medicale) a condiţiilor necorespunzătoare de climat familial sau de grup, încă înainte de conturarea unor simptome ale perturbărilor de socializare a minorilor.

Este vorba, prin urmare, despre:

- Socioterapia şi psihoterapia familiei, acolo unde este cazul;
- Suplinirea familiei, în absenţa fizică a acesteia, când aceasta este incompetentă din punct de vedere educativ;
- Testarea şi depistarea copiilor care prezintă probleme de adaptare şi integrare şcolară;
- Orientarea şcolară şi profesională, prin aplicarea unor metode şi procedee diagnostice şi formative, pentru dezvoltarea capacităţilor de învăţare şi a aptitudinile elevilor;
- Formarea noţiunilor şi judecăţilor morale, a sentimentelor şi obişnuinţelor morale, a trăsăturilor pozitive de caracter;
- Evitarea erorilor de autoritate morală, de atitudine sau de competenţă profesională din partea educatorilor.

Măsuri socio-profesionale

Acestea decurg din măsurile psiho-pedagogice şi psiho-sociale, urmărind prevenirea riscurilor de eşec adaptativ prin:

- Consilierea în vederea alegerii unei profesiuni, în acord cu aptitudinile subiectului;
- Spijinirea plasării tânărului într-o profesiune potrivită cu interesele, aspiraţiile şi capacităţile sale;
- Realizarea unei reale maturizări sociale şi a unei eficiente integrări sociale şi profesionale;

- Prevenirea oricăror acte de indisciplină în cadrul sau în afara locului de muncă;
- Împiedicarea abandonării activității utile prestate de către tineri, prin măsuri luate la locul angajării.

Măsuri medico-psihologice și psihiatrice

Aceste măsuri sunt orientate în direcția depistării și înlăturării sau atenuării unor factori cauzali de natură individuală, organică sau neuropsihică, cu conținut patologic, favorizanți, în anumite condiții, ai unei conduite deviante. Măsurile medico-psihologice și psihiatrice presupun:

- Depistarea precoce a minorilor cu diferite categorii de tulburări (caracteriale, comportamentale, emoționale, tendințe agresive, tendințe spre psihopatie sau ale altor boli psihice), incriminate în delincvența juvenilă;
- Măsuri psihopedagogice și diferite forme de tratament medico-psihiatric/psihoterapeutic, în vederea prevenirii unor evoluții dizarmonice, antisociale ale personalității minorilor;
- Măsuri de educație sanitară și psihopedagogice, prin care familia este consiliată asupra modului de reacție în raport cu anumite tulburări de conduită ale copiilor;
- Internarea cazurior dificile, în vederea diagnozei din punct de vedere psihiatric, endocrinologic, psihologic etc.

Măsuri juridice

Aceste măsuri permit creșterea gradului de influențare socială, prin popularizarea legilor și prin propaganda juridică, în general.

În domeniul juridic, prevenirea infracțiunilor constituie scopul sancțiunii, al pedepsei și reprezintă unul dintre obiectivele procesului penal.

Prevenirea generală se realizează prin stabilirea, în lege, a faptelor care constituie infracțiuni, membrii societății fiind informați asupra consecințelor săvârșirii unor astfel de fapte, precum și a limitelor legate de sancționarea acestora.

Prevenirea specială se realizează prin corecta încadrare juridică și prin sancționarea infracțiunii concrete săvârșite de o persoană.

Indiferent de cauze, alunecarea către comiterea delictelor morale și, ulterior, penale, poate fi împiedicată prin aplicarea consecventă a următorilor pași strategici:

a. Inițiativa imediată a profesorului-diriginte de a contacta consilierul sau psihologul școlar din cadrul centrului;
b. Psihologul școlar, aflat în fața unui subiect-problemă, va stabili cu acesta o relație de comunicare deschisă, sinceră, de respect și înțelegere față de problemele cu care se confruntă minorul;
c. După stabilirea acestei relații, psihologul va aplica metode și tehnici psihometrice necesare conturării profilului psihologic și evaluării tabloului comportamental al cazului:
    - Observația, în special cea direcționată;

- Chestionarele de colectare a informaţiilor referitoare la problemele subiectului;
- Interviul structurat pe exploatarea anumitor aspecte comportamentale;
- Testele: inventarele multifazice de personalitate şi temperament, chestionarele de interese şi de opinie, bateriile generale de aptitudini, exerciţiile de clarificare a valorilor;
- Probele de stabilire a coeficientului de stres şi a gradului de socializare;
- Tehnicile proiective (acolo unde este cazul, pentru eventuala intervenţie medico-psihiatrică).

d. Prin convorbiri cu copilul, consilierul şi/sau psihologul şcolar au dificila misiune de a-l determina să îşi mărturisească faptele, să îşi învingă complexele şi teama, să înţeleagă că va fi ajutat, iertat, sprijinit.

Problema centrală a adolescenţilor devianţi rămâne dificultatea de adaptare şi integrare şcolară/socială. De aceea, în vederea integrării, demersurile consilierului se vor orienta către metode menite să echilibreze şi să optimizeze personalitatea minorului. Există deja o serie de metode clasice: stingerea comportamentelor indezirabile, modelarea, antrenamentul asertiv, tehnica reacţiei aversive prin acţiune, metoda contractuală.

3.2.2 Reconsiderarea obiectivelor centrelor de reeducare privind relaţia dintre educator-copil/tânăr deviant – concluzii

Instituţiile ce au în program recuperarea/reeducarea ar trebui supuse unor transformări, pentru a-şi adecva misiunea drepturilor şi nevoilor individuale şi de vârstă ale elevilor şi pentru a asigura, în acest fel, individualizarea şi personalizarea educaţiei.

Acest lucru este posibil, în primul rând, prin schimbări ce privesc ***relaţia educator-copil, elev-tânăr***. Potrivit piramidei trebuinţelor, elaborată de Maslow (nevoi fiziologice, de securitate, de afecţiune, de prietenie) asociere de grup, de stimă de sine, de devenire, nevoia de relaţionare, care aduce după sine dezvoltarea sentimentelor, de afectivitate este primordială.

Raportul adult (educator) – copil/elev stimulează socializarea şi este orientat spre acoperirea copilului şi pe respectul faţă de drepturile lui la: educaţie, spontaneitate, exprimare, autonomie, stabilitate, prietenie şi nediscriminare. În acest sens, acţiunile sau atitudinile educatorului în relaţia lui permanentă cu copilul capătă noi dimensiuni.

Lipsa satisfacerii nevoilor individuale ale copilului are drept consecinţă apariţia frustrării care ia forme diferite: agresiune/violenţă, regresie/plâns, resemnare etc. Cel mai important mijloc de reducere a frustrării este îmbunătăţirea ***comunicării interpersonale***, condiţie primordială pentru favorizarea raporturilor educator/copil.

Constanţa şi prezenţa aceloraşi adulţi în viaţa copilului contribuie la întărirea relaţiei copil-adult. Stimularea emoţională, stabilirea unui contact permanent şi personalizat, stimularea şi dezvoltarea vorbirii sunt cerinţe fundamentale ale asigurării climatului afectiv pozitiv securizant în instituţie, necesar bunei dezvoltări a personalităţii

copilului. De asemenea, această condiție presupune atenuarea „distanței" și a formalismului din relațile stabilite între adulți și copii, dezvoltarea unor relații educative individualizate, în spiritul afirmării și respectării personalității copilului, cât și prin promovarea autonomiei acestuia.

O sarcină de bază a centrului de reeducare este cea referitoare la integrarea socială a tinerilor instituționalizați, prin acțiuni de cooperare cu colegii din grupă și tinerii din instituție și prin diversificarea contactelor cu comunitatea.

Instaurarea unei relații stabile între elevi/copil și personal, respectiv educator-copil/elev, are în vedere faptul că toți tinerii au nevoie de dragoste individuală și de intimitate, de veselie în jurul lor, de joacă și de multe jucării potrivite vârstei, de o persoană care să le acorde încredere și să-i instruiască.

Ameliorarea relației adult-copil/elev/tânăr și găsirea mijloacelor pentru a oferi copiilor o îngrijire ***cât mai personalizată***, o relație adult-copil îmbunătățită, care să-i permită o dezvoltare cât mai armonioasă, trebuie să fie preocuparea principală și permanentă a tuturor educatorilor din instituțiile de învățământ special sau din Centre de reeducare.

Este foarte important pentru tânărul internat în Centre de reeducare să beneficieze de un plus de afectivitate care va influența întreaga evoluție.

Acceptând că educația este o succesiune de stimuli, experiențe de învățare, deducem că ea nu trebuie redusă la reguli rigide, cea mai bună metodă de educare fiind cea care se potrivește cel mai bine personalității elevului. De aici, decurge necesitatea cunoașterii caracteristicilor de vârstă și personale ale fiecărui copil, cât și acordarea unei îngrijiri corespunzătoare, creerii unui mediu adecvat dezvoltării optime a copilului cu accent pe dezvoltarea psihică și motorie, prin promovarea și asigurarea unei ***educări personalizate, care să limiteze carențele afective caracteristice copilului/tânărului instituționalizat.***

În acest sens, educatorul trebuie să observe zilnic comportamentul copiilor/tinerilor, să cunoască preferințele și aptitudinile lor care, apoi, vor fi consemnate în caietul personal al elevului. Educatorul devine, astfel, persoana de referință pentru copiii/elevii din grupul/clasa lui, fiind permanent în preajma acestora și cunoscându-i cel mai bine. Astfel, asigurarea climatului afectiv, echilibrat, caracterizat de un nivel înalt de satisfație obținut în relație cu ceilalți parteneri ai actului interpersonal (educator-elev, elev-elev, educator-grup de elevi, elev-grup de elevi) constituie o premisă importantă a maturizării intelectual-afective a copilului.

Dezechilibrele emoționale, tensiunea, violența, conflictele, duc la tulburări de comportament, la retardări intelectuale, fiind, adesea, determinate social. În acest sens, contextul social în care se dezvoltă tânărul trebuie să ofere acestuia situații multiple de comunicare socială și afectivă prin care să se transmită și să se structureze:

- modalități de comunicare;
- modele sociale de comportament;
- modalități de cunoaștere și autocunoaștere;
- posibilități de relaționare interpersonală și formare de comportament caracteristice vieții de grup;
- modelarea motivațional-afectivă a individului.

Relaţia adult-copil/tânăr apare mai vădită în consideraţia pentru copil, ce „are semnificaţia de recunoaştere intimă şi profundă a valorii persoanei copilului şi de încredere în potenţialul de dezvoltare". Sentimentul de siguranţă, singurul care permite copilului să se emancipeze şi să-şi dovedească personalitatea, depinde de următoarele condiţii:

- protecţia împotriva „loviturilor din afară";
- satisfacerea trebuinţelor elementare;
- coerenţa şi stabilirea cadrului de dezvoltare.

Aceste condiţii, ce par la prima vedere constante, trebuie satisfăcute diferit de la o vârstă la alta. De aceea, potrivit teoriei „educaţiei noi", elaborată de J. Dewey, educaţia trebuie să înceapă cu cunoaşterea psihologică a capacităţilor, intereselor şi deprinderilor copilului, traduse, apoi, în termeni care să arate ce sunt capabili să realizeze din punct de vedere social.

Analizele contemporane impută şcolii alterarea relaţiilor sale cu copiii, datorită ignorării aspectelor psihologice prin faptul că îl consideră, din start, pe copil ca fiind inadaptat normelor instituţiei.

Un alt aspect se referă la exemplul personal al educatorului. Astfel, Diesteweg arată că „educatorul trebuie să caute în sine însuşi motivul tuturor greşelilor şi viciilor manifestate la copiii pe care-i educă". Educatorul influent educă prin „cuvânt" şi comportament.

În acelaşi timp, atitudinea educatorului trebuie să favorizeze colaborarea şi încrederea copilului. Orice educaţie autoritară are efecte negative, dacă autoritatea educatorului nu este câştigată prin iubire şi încredere ci prin dominare şi timorare. Aceasta presupune o tratare prietenoasă şi apropiată, plină de înţelegere şi afecţiune. O condiţie de bază pentru formarea caracterului se referă la:

- iubire faţă de copil, tradusă prin trei atitudini: apropiere sufletească, încredere, înţelegere;
- răbdare;
- încurajare;
- exemplu.

În acelaşi timp, în acţiunea de formare a caracterului, trebuie evitate cele trei greşeli traumatizante:

- asprime mare, care duce la închidere în sine şi/sau revoltă;
- descurajare, care produce demoralizare sufletească;
- lipsa explicaţiei şi a colaborării cu copilul/tânărul.

În concluzie, se poate afirma că relaţiile ce se stabilesc între adulţi-copii-tineri, şi între ei, reprezintă „o ucenicie socială", care contribuie la formarea tânărului pentru viaţa socială. Această relaţionare/ucenicie trebuie să se realizeze la toate vârstele. La vârsta copilăriei şcolare şi a preadolescenţei şi adolescenţei, principala formă de activitate socială se constituie, în cadrul clasei şi al unor grupuri de colegi. Din această perspectivă, grupurile de colaborare se cer formate de comun acord cu educatorul, fiind supravegheate de către acesta.

Astfel, prin toate eforturile de formare a unor trăsături pozitive de caracter, se încearcă, în mod direct, evitarea trăsăturilor negative, precum: egoismul, violența verbală și fizică, hoția, lenea, răutatea și răzbunarea, invidia, ipocrizia și minciuna etc. Dimensiunea afectivă în educație prezintă o importanță majoră, astfel că pentru înflorirea armonioasă a personalității, copilul/tânărul are nevoie de dragoste și de înlegere, el trebuie să crească într-o atmosferă de afecțiune și de securitate.

În ultimă instanță, relația afectivă, sub aspectul ei pozitiv, în cadrul contactului interpersonal stabilit între educator și copil/tânăr, pentru a fi eficientă, trebuie să se dovedească veritabilă, activă, totală și sinceră. Problemele referitoare la afectivitate, ca o componentă esențială a personalității, interesează când trebuie analizată competența educatorului în organizarea formelor de activitate sub aspectul empatiei, sugestiei, imitației.

Concepția lui C. Rogers, emblematică pentru orientarea non-directivistă, mizează pe afectivitate ca o condiție indispensabilă comunicării veritabile dintre educator și educat.

Astfel, rolul educatorului este de a-și asuma sarcini materiale certe, dar, în același timp, și de a aduce un sprijin afectiv solid copiilor, având cu aceștia legături foarte strânse și călduroase. Cel mai greu de satisfăcut, de către o instituție, sunt necesitățile psiho-sociale ale copilului:

- dragostea, afecțiunea și siguranța pe care celula familială este cea mai bine plasată să le acorde copilului în măsura în care ea îi oferă un mediu stabil, echilibrat;
- experiențe noi și stimularea potențialului înnăscut al copilului, prin joc, vorbire, comunicare și educație;
- laudele, complimentele, recunoașterea, de care copilul are nevoie;
- ghidarea, supravegherea, disciplina și mustrările, de care copilul are nevoie pentru a adopta un comportament adecvat;
- sensul responsabilității și al independenței în luarea deciziilor.

Acei copii ale căror necesități nu au fost satisfăcute în tinerețe au o dezvoltare socială, afectivă și intelectuală perturbată.

Stabilirea echipei de intervenție, în unitatea de viață a copilului, este una din condițiile primordiale pentru a asigura sentimentul de siguranță de care are nevoie pentru a-și regăsi un echilibru și reperele pe care circumstanțele le-au făcut să le piardă.

De asemenea, rolul educatorului este pe deplin îndeplinit, dacă relația cu elevul/tânărul acesta răspunde următoarelor cerințe/competențe în câteva domenii de acțiune:

Organizarea, îndrumarea și însoțirea activității copilului

- să cunoască psihologia copilului aflat în dificultate;
- să aplice, să interpreteze tehnicile de cunoaștere a copilului;
- să cunoască psihologia familiei și efectele produse de lipsa acesteia;
- să cunoască problemele excluderii, marginalizării și ale devianței juvenile;
- să îndrume grupul de copii, prin stiluri de conducere adecvate;
- să comunice cu copiii și să-i învețe să comunice;

- să creeze climatul de securitate afectivă şi să satisfacă trebuinţa de afiliere a copilului etc.

Participarea la managementul instituţiei. Coordonarea lucrului în echipă:

- să cunoască proiectul managerial al instituţiei şi rolul specific pe care îl are în organigramă;
- să cunoască problemele generale ale managemetului ce ţin de acţiunile de recuperare a tânărului;
- să identifice problemele şi nevoile de asistenţă şi de protecţie a tânărului deviant în comunitate.

Promovarea drepturilor tinerilor şi a politicilor de protecţie a copilului/ tânărului deviant:

- să cunoască legislaţia în materie de drepturi ale copilului;
- să cunoască fundamentul juridic în baza căruia funcţionează instituţia;
- să cunoască legislaţia referitoare la familie;
- să cunoască structura şi funcţiile organismelor administraţiei publice.

Prevenirea şi îngrijirea medico-sanitară:

- să cunoască principalele stări de boală specifice copilăriei şi adolescenţei;
- să prevină, prin igienă şi regim de viaţă, îmbolnăvirile copiilor/tinerilor.

Iniţierea şi dezvoltarea relaţiilor de comunicare:

- să cunoască bine comunitatea;
- să cunoască şi să aplice tehnicile de cunoaştere sociologice.

Concluzii – profil de stare psihologică a tânărului deviant

1. Devenirea deviant/delincvent nu este accidentală, ci este rezultatul unui proces de lungă durată, care începe încă din copilărie, prin interiorizarea treptată a culturii unui grup restrâns de indivizi ce se află în stare de opoziţie faţă de normele acceptate de comunitate.

2. Grupul restrâns (familie, prieteni) are tendinţa de a menţine şi transmite subiectului o stare generală de dezechilibru, faţă de comunitate (prin ruptură socială) şi faţă de sine (prin căutare de „spaţii sociale" cu caracter compensator).

3. Parcurgerea de „spaţii restrâns sociale" favorizează dobândirea unei rezistenţe generale la conflicte, tensiuni şi la dobândirea, în paralel, a trăsăturilor de rigiditate afectivă şi intelectuală.

4. Printr-un proces de identificare continuă cu membrii diverselor grupări de tip deviant, dezechilibrul finalizează într-un „fals” sentiment de echilibru (negativ după accepțiunea general-morală socială).

5. Grupul de prieteni va avea rol de menținere a acestui „echilibru” de „ajustare” a unor reacții de frică, teamă de necunoscut, de acoperire a fondului real de trăsături, stimulând, spre exersare și perfecționare, alte trăsături necesare activității prezente (delictuale).

6. Configurația de trăsături caracteriale dobândite va urma cursul actelor delictuale desfășurate, devianții diferențiindu-se, caracterial, după categoria delictuală pe care o abordează având o atitudine de perfecționare a trăsăturii și de transformare a sa în aptitudine (fricosul se exersează în a deveni curajos și rezistent la sancțiune).

7. Indiferent de categoria delictuală în care se va încadra subiectul deviant posedă o insensibilitate morală și o indiferență afectivă față de suferințele pe care le pot provoca semenilor lor (daune fizice și economice).

8. Cadrul restrâns de acțiune-activitate nu oferă posibilitatea reorganizării schemei motivațional-aspiraționale, subiectul fiind obișnuit să lucreze numai în prezent. Astfel, aspirațiile subiectului deviant sunt mult apropiate de interesele prezente, scopul devenind realizabil când nu coresupunde un timp îndelungat.

9. O integrare socială corespunzătoare nu este posibilă decât prin scoaterea subiectului din mediul său social, generator de reacții deviante și implicarea sa treptată în alt sistem de relații, de idei cu caracter sugestiv și orientativ către un alt mod de gândire și acțiune.

10. Majoritatea trăsăturilor, ce oferă personalității un caracter deviant, fiind dobândite, pot fi ameliorate prin „schimbarea” activității, aceasta având tendința să substituie „satisfacția perfecțiunii în delict” cu satisfacția activității în folosul său și al comunității.

11. Schimbarea „profilului” activității și a reorganizării personalității se va realiza prin școlarizare și calificare într-o meserie a subiectului, procesul urmând cursul normal de adaptare și integrare socială a oricărui individ, revenindu-se, în special, asupra momentului în care subiectul a intrat în conflict cu comunitatea.

12. Reintegrarea socială a subiectului este un proces de durată, condiționată de raportul dintre elementele noi achiziționate, pozitive, și cele vechi, negative, în comportament, raport ce oferă subiectului o conduită oscilantă. Factorul prim, de bază, al reintegrării sociale rămâne activitatea. Permanența în acțiune a acestui factor va avea tendința de a stimula subiectul, în timp, spre o integrare socială conformă normelor acceptate de comunitate.

13. Subiectul nefiind total ferit de posibilitatea unei recidive, factorii sociali de răspundere (școală, instituții de protecție socială) au datoria de continuare a activității educative, începute în perioada de detenție.

4. TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT CA IMPACT ASUPRA ACTIVITĂȚII ŞCOLARE ŞI PROFESIONALE

După cum s-a văzut, noțiunea de comportament a cunoscut şi cunoaşte o serie de accepțiuni. Astfel, la nivelul „Dicționarului explicativ al limbii române", comportamentul este definit ca „ansamblul manifestărilor obiective ale animalelor şi ale oamenilor prin care se exteriorizează viața psihică". (www. dexonline.ro)

K. Lewin consideră comportamentul ca fiind reacția la schimbare, la orice mişcare a persoanei în spațiul său de viață. Astfel, comportamentul implică o componentă intelectuală, una structurală, una intențională şi una emoțională; poate fi deschis şi apt de perfecționare sau închis sau stereotipizat.

Behavioriştii au acordat un rol important comportamentului, implicându-l în reacția S-R (stimul- reacție). Comportamentul, ca echivalent al componentei R (răspuns), este clasificat în funcție de predominanta diferitelor instanțe implicate în relația S-R, după formele implicate sau explicite, active sau latente, după rolul şi funcțiile pe care le are etc. Comportamentul are: structură, dinamism, dimensiuni, rezonanțe, durată, intensitate.

O altă abordare a comportamentului, cea cibernetică, pornind de la ideea că omul este un sistem, analizează comportamentul prin prisma interacțiunilor sistemului cu mediu, fiind considerate ca fiind acele „reacții de răspuns ale organismului animal şi uman ca tot (as a whole - ca întreg) la stimuli externi". Din această perspectivă, orice act comportamental, pe care ființa umană îl realizează, are o anumită premisă şi „o mediere psihică internă: imaginea senzorială a stilului, o componentă emoțional-afectivă (pozitivă sau negativă – plăcere, satisfacție, bucurie –aversiune, insatisfacție, suferință), o stare de necesitate (trebuință, interes), o pregătire şi o planificare mentală, un reglaj involuntar sau voluntar etc" (**Golu, M., Păiş- Lăzărescu, M.**, 2000, pag. 21 şi urm.)

Duffy atribuie comportamentului două dimensiuni: una vectorială şi alta executivă, orientările fundamentale fiind la nivelul sinelui. El considera că orientarea comportamentului şi mobilizarea lui se fac în raport cu anumiți factori de referință, unul dintre ei fiind denumit ***factor de persistență şi menținere stabilă a unei direcții***; direcție ce constă în integrarea diferitelor fapte parțiale.

Astfel, se fixează anumite patternuri cognitive, afective, ce determină răspunsuri adaptative la stimuli cu un grad de probabilitate mare de apariție şi care capătă o relativă autonomie, devenind ***invarianți comportamentali,*** factori facilitatori sau inhibitori, (**Neagoe, M.**, 1999, pag. 151) care se obiectivează în ceea ce a fost denumit *comportament cotidian.*

Comportamentul cotidian desemnează ansamblul atitudinilor, actelor, deprinderilor, manierelor, obiceiurilor ce caracterizează conduita de fiecare zi a individului. Este acea comportare caracteristică individului, relativ constantă, în situații comune. (**Fugărețu-Urea, R.**, 2007, pag. 11 şi urm) El se raportează la o serie de norme sociale cu grade de semnificație diferită, putând căpăta un aspect prosocial sau antisocial, adică un anume *stil social*. Normele de comportament se învață prin participarea la viața socială, iar transferarea lor în comportament cotidian se realizează numai pe bază de exercițiu.

Observăm că, strâns legat de conceptul de comportament este cel de conduită, a cărei diferenţiere sensibilă a fost sesizată de către Watson şi preluată, în literatura de specialitate, de către P. Janet.

Conduita semnifică activitatea sau acţiunea sub toate formele, intern – subiective şi extern-motorie, prin prisma unităţii dintre psihic şi faptele de comportament. „În definirea conduitei, accentul se pune pe modul de a se conduce şi de a acţiona mental sau motor într-o situaţie dată sau în situaţii tipice." (**Fugăreţu-Urea**, 2007, pag. 12)

Spre deosebire de comportament, care are ca unitate de analiză acţiunea (ce permite identificarea celor patru niveluri ale sale: sintactic, semantic, pragmatic şi biochimic) (**Radu, I. şi colab.**, 1991, pag. 280) şi care este delimitat la sfera reacţiilor obiective şi observabile, conduita cuprinde şi acele fenomene interne, subiective; cu alte cuvinte reuneşte faptele psihice sau faptele de comportament.

Conduitele se clasifică şi se ierarhizează în elementare, intermediare şi superioare; de asemenea, ca primare, secundare şi terţiare. În emanciparea conduitei medii superioare, P. Janet a acordat un rol decisiv instrumentelor şi relaţiilor de comunicare şi colaborare socială, distingându-se astfel conduitele individuale şi conduitele sociale

M. Ralea a sistematizat condiţiile ierarhiei conduitei la nivel uman evidenţiind o serie de principii care stau la baza manifestărilor exterioare: principiul amânării, principiul deliberării (se realizează reglări secundare de tip raţional în intervalul dobândit prin suspendarea reacţiilor impulsive), principiul compensaţiei (combinare sau substituirea de conduite), principiul invenţiei (elaborare de noi conduite pe baza unor tendinţe progresive).

Conduitele, ca şi comportamentele, se diversifică situaţional, astfel că unele dintre ele nu sunt în conformitate cu regulile de convieţuire socială, devenind deviante (conduite sau comportamente deviante).

Studierea problemelor pe care le implică tulburările suferite în sfera comportamentului s-a constituit ca obiect de studiu al disciplinelor sociologice, al disciplinelor penale, al disciplinelor psihologice, al celor pedagogice; în funcţie de punctul de pornire al cercetărilor, s-au conturat diverse ramuri: sociologia delincvenţei juvenile, criminologie, psihologie judiciară, psihologia comportamentului deviant, psihopedagogia inadaptării şi devianţei etc.

De cele mai multe ori, tulburările care apar în sfera comportamentului, sunt cuprinse într-o modalitate conceptuală sintetică denumită deviant, al cărui indicator central îl constituie *comportamentul deviant*.

În orice societate, comportamentul deviant îmbracă o multitudine de aspecte, de la excentricitate sau dezordine comportamentală, la comportamente aberante, înscrise în aria delicvenţei, a tulburărilor psihice, subculturilor deviante sau marginale.

Etichetarea comportamentelor ca fiind „normale" sau „anormale" depinde de gradul de toleranţă al societăţii, regulile existente în societate, pericolul actual sau potenţial pe care devianţa îl reprezintă pentru stabilitatea unui sistem social. Normalul este definit numai în raport de criteriile, de regulile stabilite de o anumită colectivitate. Aceste reguli sunt menite a orienta acţiunea şi conduita socială. Însă, prin aceste reguli se evidenţiază şi patologicul, care se abate de la reguli.

Adeseori, confundând evoluția firească a tinerilor de la exigențele heteronomiei morale la propensiunea spre deviantă și ignorând valențele creative ale unui psihic în formare care refuză tutela paternității, adultul are tendința de a impune tânărului propriul său model moral, sancționând orice abatere de la acest model în numele unor principii educative impersonale a căror nerespectare echivalează pentru educator cu devianță. (**Banciu, D., Rădulescu, S. M.,** 2002, pag. 15).

Formularea unei definiții clare a noțiunii de comportament *deviant* este o încercare pentru oricare specialist, datorită atât complexității fenomenului, cât mai ales, formelor de manifestare a devianței, mai ales prin prisma aspectului de inadaptare pe care îl relevă .(Conceptul de inadaptare relevă o nerealizare a adaptării la un minimum de cerințe sociale de ordin practic, școlar sau moral din cauza unor deficiențe native sau survenite ale copilului sau tânărului și din cauze ce țin de familie și ambianță. După R. Lafon, fenomenul de inadaptare cuprinde atât handicapații (deficienții) motori, senzoriali și intelectuali, cât și copiii și tinerii cu grave perturbări de comportament).

Conceptul de devianță a fost utilizat, pentru prima dată în literatura de specialitate, de către E. Durkheim și de către corifeii săi. E. Durkheim analizează și introduce în relația de definire a comportamentului deviant norma, astfel comportamentul social, ca expresie a obiectivării comportamentale a individului într-un anumit mediu, nu se datorează hazardului ci este reglat prin norme și așteptări instituite și inevitabile, iar comportamentul deviant este acel "comportament care depășește limitele instituționale și sociale acceptabile de către societate". (**Neamțu, C.**, 2003, pag. 7 și urm.)

Putem spune așadar că *devianța desemnează ansamblul comportamentelor ce încalcă normele existente la un moment într-o cultură dată* prin aceasta echilibrul sistemului fiind amenințat. Din această perspectivă, ***deviantul*** este cel care rezolvă o situație contrar expectanțelor morale, sociale, culturale ale comunității sau grupului de apartenență. (**Cusson, M.**, coord., 1997, pag. 440 și urm.)

Criteriile de abordare a fenomenului devianței impun o serie de constatări referitoare la diversificarea și specificarea terminologiei. Pe măsură ce s-a extins sfera de cuprindere a conceptului s-a inclus o serie de categorii: a) ***devianții subculturali*** – acei indivizi care nu recunosc legitimitatea normelor pe care le violează și urmăresc să promoveze propriile norme: teroriști, dizidenți, membrii sectelor religioase etc., b) ***transgresorii*** – sunt cei care violează deliberat o normă a cărei validitate o recunosc și urmăresc nu instaurarea unei norme sau a unor valori noi, ci satisfacerea unor interese imediate; c) ***indivizii cu tulburări de comportament*** – în care raportul dintre voluntar și involuntar nu poate fi stabilit cu precizie: toxicomanii, alcoolicii, persoanele cu tulburări mentale și/sau de caracter) d) ***handicapații*** – plasarea lor în cadrul devianței trebuie făcută prin raportare la categoria de handicap.

În cadrul literaturii de specialitate, regăsim utilizarea unor serii de concepte care au o accepțiune restrânsă, prin raportare la tipul de norme luate ca sistem de referință: 1) *comportamentul deviant* - este un concept sociologic și se referă la abaterile de la normele/ valorile sociale; 2) *comportamentul aberant* sau *anormal* se referă la aspectele medico-legale și psihopatologice, întâlnite în unele cazuri de devianță. Comportamentul anormal, (noțiune psihopatologică), caracterizează incapacitatea individului, acceptată și validată din punct de vedere medical, de a se adapta la exigențele vieții sociale și la cele de exercitare optimă a rolurilor sociale; 3). *comportament delictual sau infracțional*

(desemnat, frecvent, prin termenul „delincvență") relevă perspectiva juridică și se referă la acele categorii de fapte care încalcă valorile apărate prin intermediul normelor juridice.

Referindu-ne la incidența tulburărilor de comportament se pot menționa o serie de factori care determină fenomenele respective. Astfel, aceștia pot fi organizați pe următoarele secvențe:

a) ***Disfuncționalitățile familiale.*** Familia este instituția primară ce se ocupă de socializarea copilului. De aceea, carențele educaționale din familie, distorsiunile în funcționarea familiei se constituie ca factori de prim rang ce favorizează inadaptarea tinerilor.

Cercetările în domeniul sociologiei familiei și nu numai, au evidențiat o anumită tipologie de climate educaționale ce au un impact negativ asupra devenirii tânărului (**Mitrofan, I** și colab., 1994, pag. 279): a) ***divergența metodelor educative*** și lipsa de autoritate a părinților; b) ***atitudinea familială indiferentă și autocrată*** a părinților; c) ***atitudinea de respingere față de tatăl demisionar***; d) ***atitudinea hiperautoritară***, manifestată în cadrul familiei de către unii părinți; e) ***climatul familial conflictual;*** f) ***dezorganizarea familiei.***

b) ***Inadaptarea școlară.*** Complexitatea cauzală a fenomenului delicvenței nu se epuizează la nivelul familiei. Școala, fiind lipsită de caracterul afectiv specific al mediului familial, suferă, nu de puține ori, de didacticism și formalism.

Educatorii, adeseori pierd din vedere în modalitățile educative utilizate, dincolo de caracteristicile comune unei categorii de vârstă, individualitățile distincte. Aceștia manifestă o anumită „rezistență" față de receptarea mesajului educativ ce se adresează numai „canalului cognitiv".

Este important ca educatorii să ia în calcul faptul că, în general, comportamentele deviante (prin toate formele pe care le îmbracă) sunt considerate comportamente de risc. Comportamentele de risc au o serie de funcții (**Băban, A.**, coord., 2003, pag. 119): exprimă opoziția față de autoritatea adultului și normele convenționale ale societății; se constituie ca o modalitate de a se identifica cu un anumit grup și de a fi acceptat de către acesta; relevă un „semn de maturitate", prin adoptarea unor comportamente adulte; sunt un mecanism de coping, de adaptare la situațiile de stres, frustrare, inadecvare, eșec sau la situații anticipate ca fiind de eșec; sunt privite, adeseori, ca o modalitate de recreere, amuzament, de experiențe inedite, sau sunt utile pentru a rupe rutina prin care subiecții se afirmă, au putere, au recunoaștere; cu alte cuvinte, tot ceea ce la nivelul grupului familial sau a celui școlar nu are.

Tratamentul discriminatoriu al „copiilor – problemă", în special al celor proveniți din familii dezorganizate, caracterizați prin tendințe deviante, necesită intervenții educative susținute și competente. Abordarea nu trebuie să se facă la nivel de copii - problemă, ci de „problemă educativă", care să antreneze și cadre specializate de asistență socială.

Educatorii trebuie să se adapteze nu numai conținutului școlar, dar și realităților individuale, pentru a nu cădea în actul de educare a copiilor cu devieri comportamentale, în atitudini de etichetare a personalității acestora ca fiind needucabilă.

Trebuie evitată, de asemenea, modalitatea de abordare a problemei de ingerare școlară și socială, de apreciere a formării comportamentului moral al tinerilor prin capacitatea de exercițiu a normei, ignorând capacitățile creative ale acestora.

c) *influenţa grupurilor delictogene*. Factorii de grup vin în completarea influenţelor familiale şi şcolare, punându-şi amprenta asupra devenirii personalităţii tinerilor.

Un factor remarcabil pentru instanţele educative constă în faptul că majoritatea infracţiunilor săvârşite de minori se efectuează în grup. Aceşti minori provin, în marea lor majoritate, din familii dezorganizate, fiind nesupravegheaţi şi neîndrumaţi suficient de către părinţi, având carenţe socio-afective şi morale.

Grupurile de delicvenţi, având o constituţie eterogenă, cuprind şi întârziaţi mintal, tineri cu intelect de limită. În cadrul acestor grupuri, delicvenţii caută o recunoaştere a persoanei lor de către ceilalţi, o supralimentare a puterii din dorinţa de a-şi satisface egoismul, intensificându-şi egocentrismul.

La ora actuală, acţiunile bandelor de tineri cresc prin periculozitatea actelor. În Anglia şi în S.U.A, un recent studiu făcut de specialiştii criminologi şi sociologi (B.L.R Student Lifes Business&Legal Reports Inc, Madison nr.7/2003), arată că 20% dintre tineri cunosc pe cineva care a fost rănit sau omorât în lupta dintre membri unor bande. Tot în acelaşi studiu se arată că 7% dintre adolescenţi fac parte dintr-o bandă.

Banda apare ca o formă de organizare socială negativă a tinerilor, datorită eşecului acţiunii unor instituţii sociale, datorită şomajului, sărăciei. Reunind tinerii ce se confruntă cu aceleaşi probleme, bandele se transformă, uneori, prin acţiunile ilicite organizate, în adevărate „subculturi criminale".

Bandele sunt constituite din tineri cu vârste cuprinse între 12-25 de ani, dar cea mai mare parte a membrilor au vârsta în jur de 17 ani.Unele dintre bande sunt constituite din membri ale căror vârste pot atinge chiar 40-45 de ani; în timp ce altele sunt constituite pe principii etnice, rasiale etc. Ele au la nivel de structură: lideri şi adepţi. Ele acoperă, de regulă, o anumită zonă a unui oraş, un cartier pe care o consideră ca fiind "cartierul general al bandei" şi pe care îl apără, îl protejează de eventualele bande rivale.

Activităţile bandei sunt diverse şi sunt, de cele mai multe ori, ilegale. Resursele financiare ale unei bande se obţin din: vânzarea de droguri, solicitarea unor taxe de protecţie comercianţilor din zona „cartierului general al bandei", furturi din magazine, vânzarea de bunuri furate, vânzarea ilegală de arme, răpiri de persoane etc.

La nivelul bandelor, respectarea regulilor de către membri are o stricteţe mai mare decât la nivel familial sau şcolar. Şeful bandei, este, de regulă, persoana de care marea majoritate a membrilor bandei se tem. Regulile liderului se respectă întotdeauna şi nu se comentează niciodată. Promovarea unui membru se face prin respectarea regulilor şi prin îndeplinirea sarcinilor, a actelor de violenţă, de furt sau chiar crimă. Pe primul plan, membrii unei bande pun interesul acesteia, bunăstarea ei şi respectă însemnele bandei, prin folosirea îmbrăcămintei adecvate.

Nerespectarea regulilor unei bande se poate solda cu moartea. În fapt, în anumite bande, acceptarea noului membru se face numai după ce se depune un anumit jurământ, ce constă în: ***promisiunea de a respecta necondiţionat*** regulile.

Membrii unei bande sunt, de regulă, oameni cu un nivel economic redus, ce locuiesc în cartiere nesigure atât din marile oraşe, cât şi din oraşele de provincie. Există însă, pe lângă o anumită motivaţie a adolescenţilor, tinerilor, şi o cauzalitate specifică ce determină apartenenţa la o bandă: (1). sunt situaţii când adolescenţii sunt obligaţi să facă parte dintr-o bandă. Ei nu au ce face, fie fac parte din bandă, fie sunt răniţi sau ucişi; (2).

unii dintre membrii pot să provină din familii destrămate şi, ca atare, caută, prin intermediul unei bande, securitatea familială; (3). unii dintre membrii caută doar să fie acceptaţi aşa cum sunt. Aceştia se gândesc că nimeni nu-i apreciază ca pe o fiinţă umană, iar apartenenţa la o bandă implică un anumit statut şi un anumit rol care îl va valoriza ca fiinţă umană; (4). unii dintre membri pot fi plictisiţi de viaţa cotidiană marcată de privaţiuni, lipsuri, sărăcie; (5). unii membri gândesc că prin intermediul bandei îşi pot procura lucruri pe care şi le doresc cel mai mult, dar pe care din diverse motive nu le pot avea: încălţăminte foarte scumpă, jachete de piele, inele de aur, bani, maşini la "modă" etc. De aceste situaţii, grupurile stradale, bandele profită şi promit adolescenţilor că vor fi acceptaţi, că vor avea grijă de ei în acelaşi mod cum face, poate chiar mai bine, o familie.

Impactul la nivelul comunităţii a bandelor este imens prin: distribuirea de droguri în anumite zone; ameninţarea micilor comercianţi şi solicitarea unei taxe de protecţie pentru afacerea şi pentru membrii familiei acestora; distrugerea unor proprietăţi, clădiri etc.

Sunt situaţii în care anumite bande acţionează în şcoli. Aici pericolul constă în faptul că membrii bandei pot : să îi oblige pe alţi copii să facă parte din bandă; să le ceară taxă de protecţie unor copii pentru ca aceştia să nu fie bătuţi; să fure sau să distrugă bunurile şcolilor; să bată copii din clasele mai mici.

Factorii la care am făcut referire mai sus au influenţă diferită în funcţie de vârsta subiectului. Având în vedere factorul de vârstă subliniem că adolescentul cu tulburări de comportament se manifestă printr-o simptomatologie caracterizată de un mare poliformism. Manifestările clinice depind atât de vârstă, sex, stadiu de dezvoltare, cât şi de factorii de mediu.

Simptomatologia tulburărilor de comportament cuprinde o gamă foarte largă şi diversă de manifestări, atât ca număr, cât şi ca intensitate. Această simptomatologie poate debuta cu o simplă minciună ce poate avea un efect anodin, putând ajunge la acte de mare gravitate, cum ar fi: omuciderea, ce reclamă intervenţia legii.

Între aceste extreme, există un număr impresionant de fenomene – simptom: iritabilitate, instabilitate, impulsivitate, eşec şi abandon şcolar, fuga, vagabondaj, furt, cerşetorie, diferite acte de cruzime, piromanie, alcoolism, consum de droguri, tulburări sexuale, prostituţie, tentative de suicid, omucidere. (**Răşcanu R.**, pag. 32 şi urm)

Prezentăm, în cele ce urmează, descrierea tabloului simptomatologic al tulburărilor de comportament (**Urea, R.**, 2007, pag. 89 şi urm.):

1) *Minciuna* este o simplă opţiune noncoformistă între realitate şi ficţiune; este abaterea deliberată, conştientă de la sistemul de corespondenţe social admise între realitate şi anumite forme de exprimare; este tendinţa de alterare a adevărului ce se consideră a fi în procent de sută la sută în raport cu cea declarată.

Se consideră că, la nivelul tinerilor delicvenţi, minciuna îmbracă forma mitomaniei (tendinţa patologică de a minţi). „Mitomania se manifestă prin denaturarea adevărului sau prin născocirea unor întâmplări extraordinare cu scopul de a atrage atenţia asupra sa.… Mitomanul este conştient de absurditatea ticluirilor sale, dar întrucât capacităţile sale fizice sau psihice nu îi dau posibilitatea unei afirmări reale, recurge la minciună, găsindu-şi astfel satisfacţie afectivă".

2) *Instabilitatea* nu este, funciar, o tulburare de comportament, ci mai mult o modalitate reacţională a S.N.C, manifestată psihomotor. Ea a fost definită, de către

Heuyer în 1962 şi reluată de E. Goode în 1990 şi de R. Comer în 1998, ca „incapacitatea de a păstra o atitudine, a fixa atenţia, de a reacţiona în mod conştient, de a prevedea o acţiune".

3) *Irascibilitatea* reprezintă un mecanism psihopatologic similar, denumită şi furie, nervozitate, nestăpânire şi este aproape întotdeauna prezentă. Este în fapt, o reacţie de descărcare critică (mânie, furtuni motorii, violenţe) ce culminează cu mişcări spectaculoase, exhibiţionism, auto şi heteroagresiune.

4) *Impulsivitatea* este o „dispoziţie spre excesul de reacţii spontane, primitive, necontrolate conştient"; este o reacţie specifică de scurtcircuitare şi reprezintă trecerea directă la actul de satisfacere a apetitului agresiv, de opoziţie. Are un caracter brusc, necenzurat, mai puţin elaborat în privinţa diversităţii acţionale.

Ultimele trei caracteristici ce îmbracă un caracter paroximal ar putea crea o confuzie cu epilepsia temporală. Însă, acestea se deosebesc de epilepsia temporală prin existenţa electivităţii şi motivaţiei, a posibilităţii de sistare la înlăturarea frustraţiei (satisfacerii dorinţei critice)

5) *Furtul* este cel mai frecvent delict, întâlnit la minori, şi este definit ca un atentat la proprietatea particulară sau publică. Este „conduita delicventă, legată de deposedarea de ceea ce aparţine altcuiva (persoană particulară, întreprindere, instituţie, stat etc)" (**Şchiopu, U.**, coord., 1995, pag. 305).

Furtul poate începe de la nivel familial şi se poate extinde la cel extrafamilial, de la obiecte cu valoare mică până la cele cu valoare mare sau chiar la sume importante de bani.

Furtul conştient are o motivaţie psihologică lucidă: furie, vindicaţie, din necesitate, la sugestia unor prieteni este realizat atât de fete şi de către băieţi. Fetele, de regulă, fură singure, iar băieţi fură în grup.

Furtul nu este o manifestare izolată a delicvenţei, ci se asociază cu fuga de acasă, prostituţia, uneori cu omuciderea, piromania şi cu încercări reuşite de a consuma droguri.

Furtul patologic, opusul celui conştient, se caracterizează prin existenţa unor tulburări de conştiinţă, motivaţii delirante ce apar, frecvent, la cei cu debilitate mintală uşoară, cu manifestări de tip schizofren, sau cu manifestări epileptoide.

6) *Fuga şi vagabondajul* reprezintă modalitatea de rupere violentă a tânărului de mediul familial, rupere rezultată în urma unei stări de încordare sau fiind ea însăşi un simptom psihotic.

Diferenţierea dintre fugă şi vagabondaj este realizată prin durată: fuga are un caracter de criză, iar vagabondajul are o desfăşurare în timp. Fuga îmbracă diverse forme: forma pulsională, (ca rezultat al unei stări conflictuale cu şcoala, familia), o situaţie familială deosebită, generată de disocierea căminului, lipsuri materiale, tendinţele revendicative, izbucnirile de „orgoliu" ale pubertăţii. Ea poate fi expresia unei dorinţe de aventură, pentru a vedea şi a trăi experienţe sociale noi, pentru a trăi acele experienţe ce se află la nivelul imaginarului şi asociate cu sugestibilitatea infantilă din lecturi. Specialiştii, printre care şi Chazal, consideră că 20% dintre cauzele fugii de acasă sunt

pur sociale, iar 80% psihiatrice în timp ce Heuyer consideră că 90% dintre cazurile de vagabondaj şi 70% dintre delicvenţii adolescenţi provin din familii destrămate.

Vagabondajul este reacţia organizată a adolescentului (ce îşi are sorgintea în lipsa de ataşament familial a tânărului sau faţă de o constrângere dificil suportată) prin care el optează pentru „nomadism”, prin care îşi realizează dorinţa de libertate. Această reacţie poate să aibă la bază şi un proces de imitaţie, al sugestiei, al tentaţiei de socializare prin intrarea în bandă.

Durata unor astfel de comportamente variază de la un individ la altul, putând cuprinde perioade de la o zi, până la perioade mai lungi (2-3 luni sau chiar un an), în care individul se asociază cu persoane psihopate şi participă la o serie de experienţe, la baza cărora stau cele mai diverse manifestări antisociale.

7) *Incendierile voluntare*, constatabile atât în pubertate, cât şi în adolescenţă, sunt expresia unei dorinţe de răzbunare. Se pot manifesta la subiecţii cu deficienţă mintală (debilitate mintală), la subiecţii cu tulburări comportamentale de tip psihopatic şi pot avea un caracter impulsiv (piromanie), la epileptici.

8) *Alcoolismul şi dependenţa de substanţe cu risc ridicat (droguri)*. Problema consumului de substanţe cu risc ridicat (tutun, alcool, droguri) este extrem de semnificativă atât ca problemă de igienă mentală socială la adolescenţi, dar mai ales prin scăderea vârstei consumatorilor de astfel de substanţe.

Consumul de substanţe cu risc ridicat se manifestă, în mare majoritate, sub forme acute. Prin acest tip de consum, adolescentul doreşte să-şi arate nonconformisnul, să sfideze autoritatea (părinţilor sau a statului, la nivel generic), să lupte împotriva timidităţii, a anxietăţii.

9) *Devierile sexuale*. Instinctul sexual se definitivează, în forma lui specifică, la adolescenţi şi include ataşamentul faţă de sexul opus.

În perioada adolescentină, este necesară distincţia dintre relaţii permise (ce se bazează pe afecţiune mutuală), de violenţă şi devierile sexuale. Problematice devin acele cazuri în care relaţiile sexuale sunt întâmplătoare sau sunt determinate de setea de aventură, sau când ele se caracterizează prin precocitate, când se pot contacta şi transmite o serie de boli printre care şi SIDA.

Cele mai frecvente devieri sexuale sunt reprezentate, la băieţi, de homosexualitate, iar la fete, de prostituţie şi apar, de cele mai multe ori, în medii subculturale, cu un grad de dezorganizare socială mare şi cu un nivel ridicat de imoralitate.

10) *Omuciderea* este un delict foarte grav, dar care se produce cu o frecvenţă scăzută. Ca fenomen, omuciderea se poate constata sub forma omuciderii involuntare, în cadrul unui furt – lovire, fără a exista intenţia de a provoca moarea (Mitrofan N, 1996).

11) *Suicidul şi tentativa de suicid* sunt considerate a fi unele dintre cele mai frecvente reacţii antisociale (la nivelul patologiei medicale) şi reflectă anumite tulburări instinctivo- afective mai profunde

Suicidul este actul de autodistrugere, datorită unei crize psihice puternice, pierderii oricărui sens al existenţei, dificultăţilor de nedepăşit. Sinuciderea este acţiunea de curmare a propriei vieţi în mod voluntar, pentru a scăpa de o situaţie ce devine intolerabilă.

Estimări corecte ale ratei suicidului la copii sunt mai dificil de realizat decât la adulţi, suicidul fiind el însuşi mult mai rar. În grupul de 12-14 ani, mai mulţi băieţi comit suicid decât fete, deoarece aceştia sunt mai expuşi simptomelor depresive. Această diferenţă (la nivel de comitere de suicid) dintre fete şi băieţi este explicabilă prin luarea în considerare a schimbărilor biologice din pubertate, a schimbărilor hormonale. În timpul pubertăţii, băieţii sunt mai retraşi, asupra lor acţionând mecanisme negative, din punct de vedere psihologic, dintre care depresia poate deveni un mod de manifestare stereotip masculin. Fetele se regăsesc pe sine mult mai uşor, prin aceasta ele stabilind mult mai uşor relaţii de prietenie fată – fată sau fată – băiat.

Însă, Platt (1987) a constatat că rata suicidului a crescut în rândul fetelor – cu vârsta cuprinsă între 15-18 ani. Explicaţia poate fi dată prin luarea în considere a conflictului dintre succes şi frica de nerealizare. Multe fete se consideră neatractive şi încearcă să se ridice asupra aparenţelor psihologice din dorinţa de a-şi creşte popularitatea. Această situaţie poate provoca anxietate, deznădejde, adolescentele devenind mai sensibile şi mai predispuse sentimentelor depresive.

Băieţii răspund condiţiilor de stres prin comportamente agresive, violente, prin consumul de alcool sau abuzul de droguri. N. Hoesksema, în 1987, şi Gjerde, în 1988, au arătat că băieţii cu vârsta cuprinsă între 15-18 ani îşi exteriorizează comportamentul, în timp ce fetele, din aceeaşi categorie de vârstă, se închid în ele, interiorizându-şi sentimentele. Cu toate că se interiorizează sau se exteriorizează sentimentele, se poate ajunge la un comportament antisocial ce se poate concretiza, mai mult sau mai puţin, în tentative de suicid sau în sinucidere.

Orice societate trebuie să fie preocupată de adoptarea unor măsuri care privesc prevenirea şi recuperarea persoanelor cu tulburări de comportament. Măsurile psihopedagogice de prevenire a tulburărilor de comportament la copii sunt deosebit de importante mai ales din perspectiva dezvoltării armonioase a acestora şi a facilitării inserţiei optime a acestora în societate. (**Verza, E. F.**, 2002, pag. 195 şi următoarele.)

De cele mai multe ori, tulburările de comportament la elevi apar pe fondul unor situaţii conflictuale şi/ sau pe fondul existenţei la aceştia a unor tulburări în sfera emoţională. În raport de fondul generativ al tulburărilor de comportament, specialiştii recomandă diferite modalităţi de prevenţie.

a) *Prevenţia tulburărilor de comportament la copiii cu tulburări emoţionale* este realizată în cadrul procesului de mediere şcolară. Cea mai utilizată formă de mediere a copiilor cu tulburări emoţionale se numeşte „Peer mediation” – „Medierea de la egal la egal”. Acest proces de mediere este realizat, în mod voluntar, de către un elev cu tulburări de comportament care a beneficiat nu numai de procesul de mediere şcolară, dar a fost şi învăţat cum să realizeze acest lucru. (**Urea, R.**, 2010, pag. 133 şi urm.)

„Medierea de la egal la egal" este un instrument alternativ pentru rezolvarea de conflicte. În particular, scopul medierii de la egal la egal este să ajute elevii aflați într-un anumit conflict să stabilească un acord.

În această procedură, are loc intervenția unei a treia persoane, elevul mediator, care este întotdeauna imparțial și care nu dă o soluție, el/ea doar va ajuta băieții și fetele implicați în dispută să ajungă ei înșiși la un acord.

Medierea este condusă de un mediator coleg, în acest caz elev, care încurajează rezolvarea de probleme între alți tineri care sunt implicați într-un anumit conflict. Rezolvarea de conflicte de la egal la egal folosește rolul terței părți neutre pentru a-i ajuta pe participanții doritori să își rezolve conflictele.

Trăsăturile fundamentale ale medierii sunt: confidențialitatea, voluntariatul, imparțialitatea mediatorului.

De obicei, trebuie să existe un profesor sau un consilier școlar cu formare în abilități de mediere, ca și coordonator de program. Unele școli au o echipă de coordonatori pregătiți, care conduc trainingul pentru mediatorii elevi, informează populația generală de elevi și personalul din școală în timpul programului, supervizează sesiunile, conduc sesiunile de clarificare .

Elevii trebuie să participe la un curs de formare în care este absolut necesar să se pună accent mai ales pe: ascultarea activă, limbajul nonverbal, capacitatea de a recunoaște elementele mascate ale conflictului, achiziționarea de tehnici de mediere pentru rezolvarea de conflicte

Etapele procesului de mediere de la egal la egal sunt (www.avataratschool.eu-Associazione Equilibrio & RC):

1) Mediatorul deschide sesiunea, explicând procesul și regulile. El explică rolul neutru al mediatorului în facilitarea unei soluții pașnice la problemă și discută regulile de bază, cu care, cei implicați în dispută, trebuie să fie de acord pentru ca medierea să continue.

2) Ambele părți își spun povestea.

3) Soluții brainstorming. Sunt prezentate toate soluțiile posibile, fără să se facă nici o evaluare sau judecată a acestora.

4) Opțiuni – Soluții din care se alege soluția optimă. Soluția trebuie să funcționeze pentru ambele părți.

5) Închiderea medierii. Se realizează un rezumat al acordului încheiat, prin respectarea drepturilor copilului și semnat de fiecare dintre părți.

b) Prevenția tulburărilor de comportament apărute pe fondul unor situații conflictuale.

Specialiștii implicați în rezolvarea conflictelor, în special mediatorii școlari, consideră oportun elaborarea unui plan de măsuri de prevenție a situațiilor conflictuale. Ei consideră că strategiile de rezolvare a conflictelor se constituie, dacă sunt utilizate corect, ca modalități de prevenire a unor viitoare conflicte.

Aceste patru abordări sunt: **medierea de la egal la egal; analiza curriculum-ului; săli paşnice de clasă; şcoli paşnice.**

În toate cele patru abordări, educaţia de rezolvare a conflictelor este văzută ca oferind instrumente non-violente tinerilor pentru a face faţă conflictelor de zi cu zi şi care pot duce la comportamente distructive şi violenţe de sine. Atunci când tineri învaţă să recunoască şi să abordeze în mod constructiv ceea ce are loc înainte de conflict; prin aceasta, incidenţa şi intensitatea manifestărilor conflictuale se vor diminua.

1. Medierea de la egal la egal. Recunoscând importanţa implicării directe a tinerilor în procesul de soluţionare a conflictelor, multe şcoli şi comunităţi optează ca metodă pentru soluţionarea conflictelor utilizarea medierii de la egal la egal. Conform acestei abordări, elevii sunt instruiţi special ca mediatori şi lucrează cu colegii lor în a rezolva conflictele.

Aceste programe de mediere diminuează utilizarea de acţiuni disciplinare tradiţionale, cum ar fi: suspendarea, detenţia şi expulzarea; încurajează rezolvarea eficientă a problemelor; scad nevoia de implicare a cadrelor didactice în conflicte dintre elevi . Astfel, se îmbunătăţeşte climatul şcolar.

2. **Analiza Curriculum-ului**. Profesorii pot să acorde un anumit timp pentru problemele ce ţin de rezolvarea potenţialelor conflicte ce pot apărea la clasă. Ei stabilesc anumite teme, pe care le negociază cu elevii atât în ceea ce priveşte tematica abordată în sine, dar mai ales sarcinile care revin fiecărei părţi.

S-a constatat că procesul de negociere a curriculum-ului generează o serie de opţiuni privind obţinerea rezultatelor care satisfac ambele părţi. Spre exemplu, într-o regiune din Carolina de Nord s-a realizat un astfel de proces cu cei 700 de elevi. După un an, s-a constatat că suspendările au scăzut la şcolile de provenienţă a elevilor cu 52%, iar incidentele cu 40%

3. **Săli paşnice de clasă**. Prin acest tip de abordare, se realizează rezolvarea conflictelor şi gestionarea de zi cu zi a clasei.

Programul învaţă profesorii cum să integreze, în curriculum, activităţi de soluţionare a conflictelor, bune practici privind managementul clasei, şi practicile de disciplină. Sunt evidenţiate oportunităţile de cooperare practică, de apreciere a diversităţii, de îngrijire şi eficientizare a procesului de comunicare. În general, sălile paşnice de clasă sunt piatra de temelie a şcolii paşnice.

4. **Şcoli paşnice**. Prin această abordare se urmăreşte crearea de modalităţi de soluţionare a conflictelor în şcoli. O şcoală paşnică promovează un climat, în care tinerii şi adulţii să acţioneze de la sine, înţeleasă ca o societate diversă, societate non-violentă - un obiectiv realist.

Spre exemplu, în cadrul programului şcolar al Institutului Illinois pentru Rezolvarea Disputelor, elevii sunt instruiţi cu abilităţi de rezolvare a conflictelor şi cu strategii de a reglementa şi de a-şi controla propriul comportament ca modalitate de soluţionare primară a conflictului.

Programele de soluționare a conflictelor de educație, prezentate mai sus, au contribuit la îmbunătățirea climatului în școală, în comunitate prin reducerea numărului de acte violente; prin scăderea numărului de absențe la școală; prin reducerea numărului de sancțiuni disciplinare și exmatriculări ; prin creșterea nivelului de instruire academică în cursul zilei și prin creșterea stimei de sine și a respectului de sine a elevilor, precum și răspunderii personale și a auto-disciplinei tinerilor implicați în aceste programe.

Pentru a promova și încuraja soluționarea pașnică a conflictelor, este necesară cunoașterea și înțelegerea principiilor de soluționare pașnică a conflictelor.

Alături de aceste tipuri de programe, în prevenirea conflictelor se utilizează : abordarea unor strategii eficiente de comunicare între profesori și elevi; folosirea unor strategii suportive; crearea unei mediu școlar care să asigure succesul și emanciparea individului, prin negocierea unor reguli de comportament, de bază, între cadrele didactice și elevi; accentuarea (fără exagerare) a trăsăturilor pozitive ale fiecărui elev; eliminarea standardelor duble.

În același timp subliniem că procesul de recuperare a copiilor cu tulburări de comportament este extrem de complex, datorită nu numai actorilor implicați în acesta, cât mai ales, datorită faptului că, tulburările de comportament se manifestă în mod specific și diferențiat la fiecare dintre aceștia. El face apel la o diversitate de metode și procedee de intervenție educațională, psihologică, chiar medicală.

La nivelul literaturii de specialitate, există o serie de recomandări cu privire la procesul de recuperare a copiilor cu tulburări de comportament,pe care le prezentăm într-o manieră sintetică:

1. Nu este valabil un singur tip de terapie pentru toți indivizii. Stabilirea unui program individualizat de intervenție și servicii pentru problemele fiecărui individ este vitală.

2.Procesul de recuperare necesită intervenție imediată. În caz contrar, o serie de indivizi pot fi ” pierduți” pentru societate.

3. Procesul de recuperare trebuie să vizeze nevoile multiple ale individului.

4. În cadrul procesului terapeutic complex, copilul trebuie să beneficieze de servicii medicale, terapie familială, reabilitare vocațională, servicii sociale și juridice.

5. Durata procesului de recuperare complexă trebuie să fie adecvată. Perioada de timp depinde de nevoile individului. La majoritatea subiecților s-a constatat o ameliorare după aproximativ 3 luni.

6. Consilierea individuală sau terapia de grup sau alte forme de terapii comportamentale sunt componente semnificative pentru eficiența programului de recuperare. În terapie, pacienții capătă motivație, își însușesc o serie de principii constructive, își îmbunătățesc abilitățile în rezolvarea problemelor proprii. Terapiile comportamentale facilitează, de asemenea, relațiile interpersonale.

BIBLIOGRAFIE

ANTONIU, G., BULAI, C., 1976, *Dicționar juridic penal*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.

BACIU, P.D., RĂDULESCU, M.S., VOICU, M.S., 1985, *Introducerea în psihologia devianței,* Editura Științifică și Enciclopedică, București.

BANCIU, D., RĂDULESCU, S.M., 2002, *Evoluții ale delicvenței juvenile în România,* București, Editura Luminalex.

BANCIU, D., 1992, *Control social și sancțiuni sociale*, Editura Hyperion XXI, București

BĂBAN, A. (coord), 2003, *Consilierea educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere.* Cluj Napoca, Editura S.C. Psihet. SRL.

*** *B.L.R Student Lifes Business & Legal Reports Inc*, Madison nr.7/2003.

BOTIȘ, ADINA, TĂRĂU, ANCA, 2004, *Disciplinarea pozitivă,* Editura ASCR, Cluj-Napoca.

CHELCEA, S., (2003), „Agresivitate", în Chelcea S., Iluț I., (coord.) *Enciclopedie de psihosociologie.*

CUCU-CIUHAN, 2000, *Psihologia școlarului mic: dezvoltare normală, psihopatologie și psihoterapie,* Editura Silvy, București.

CUCU-CIUHAN, 2000, *Hiperactivitatea cu deficit de atențiela copil: o abordare psihoterapeutică*, teză de doctorat, Universitatea din București.

CUSSON, M. (coord.),1997, *Tratat de sociologie.* București, Editura Humanitas.

IULIANA DOBRESCU, 2003, *Psihiatria copilului și adolescentului. Ghid practic*, Ed. Medicală, București.

DOBSON J., 1995, *Copilul îndărădnic*, Editura Speranța, Timișoara.

DRYDEN W., DI GIUSEPPE R., 2003, *Ghid de terapie rațional-emotivă și comportamentală,* Editura ASCR, Cluj-Napoca.

EYSENK, H., EYSENK, M., (1999), *Descifrarea comportamentului uman*, Editura Teora, București.

FUGĂREȚU-UREA, R., 2007, *Introducerea în psihopedagogia devianței și inadaptări comportamentale.* București, Editura Fundației România de Mâine.

GHIRAN, I., 1991, *Psihiatria copilului și adolescentului,* Universitatea de Medicină și Farmacie, Cluj-Napoca.

DANIEL ,GOLEMAN, 2008, *Inteligența emoțională*, Editura Curtea Veche, București.

GOLU, M., PĂIȘ-LĂZĂRESCU, M., 2000, *Psihologie, manual pentru clasa a X-a.* București, Editura Economică Preuniversitaria.

HASELGROVE-SPURIN, C., 2002,.*The role of the mediator*, at Reading Autumn Conference 2002 of the Society of Expertwitnesses, Great Britain.

HOLDEVICI, I., 1995, *Autosugestie și relaxare*, Editura Ceres, București

ILUȚ, P., 1994, „Comportamentul social-comportamentul antisocial", în: I. Radu (coord.), *Psihologia socială*, Editura Exe SRL, Cluj-Napoca.

ILUȚ, P., 2004, *Valori, atitudini și comportamente sociale. Teme actuale de psihosociologie*, Editua Polirom, București.

KAZIDIN, A., 1997, „Parent management training – evidence, autcome, issue", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*

LELORD, F., ANDRE, C., 1998, *Cum să ne purtăm cu personalitățile dificile*, Editura Trei, București.

MITROFAN, I., 2001, „Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului, abordare experiențială", colecția *Alma Mater*, Editura Sper, București.

MITROFAN, I. & COLAB., 1994, *Psihologie judiciară.* București: Casa de editură și presă „Șansa" S.R.L.

MUCCHIELLI, R., 1971, *Comment ils devient délinquants,* ESP.

MUCCHIELLI, R., 1967, *La personnalité de l'enfant,* Paris, Les Edition Sociales Francaises.

MITROFAN, N., ZDRENGHEA, V., BUTOI, T., 1992, *Psihologie judiciară*, Casa de Editură și Presă „Șansa", București.

MITROFAN, IOLANDA, 2003, *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane,* Editura Polirom, București.

NEAGOE, M., 1999, *Adaptarea socioșcolară la minorii cu frustrare și anxietate*, teză de doctorat, București, Universitatea din București.

NEAMȚU, C., 2003, *Devianța școlară,* Editura Polirom, Iași.

OGIEN, A., 2002, *Sociologia devianței,* Editura Polirom, Iași.

PITULESCU, I., 2000, *Criminalitatea juvenilă,* Editura Național, București.

PREDA, V., 1981, *Profilaxia delincvenței și reintegrarea socială,* Editura Științifică și Enciclopedică, București.

PREDA, V., 1998, *Delincveța juvenilă (o abordare disciplinară),* Presa Universitară Clujană.
RADU, I. & COLAB., 1991, *Introducere în psihologia contemporană,* Cluj-Napoca, Editura Sincron.
RĂDULESCU, S., 1994, *Sociologia vârstelor,* Editura Hyperion XXI, București.
RĂDULESCU, S.M., 1991, *Anomie, devianță și patologie socială,* Editura Hyperion, București.
RĂDULESCU, S., BANCIU, D., 1990, *Introducere în sociologia delincvenței juvenile,* Editura Medicală, București.
RĂDULESCU, S., BANCIU, D., 2002, *Evoluții ale delincvenței juvenile în România. Cercetare și prevenire socială,* Editura Lumina Lex, București.
RĂȘCANU, R., 1999, *Neurofiziologia devianței la adolescenți și tineri,* București, Editura Actami.
RUDICĂ, T., 1981, *Familia în fața conduitelor greșite ale copilului,* EDP, București.
*** Seminar „Practici de mediere și conciliere", Eu – Phare, *Proiect de înfrățire instituțională,* RO 2003/IB/SO/02.
STĂNIȘOR, E., 1993, *La délinquance juvénile – Approche de criminologie et droit compare,* France – Roumanie, Editura Du Rhone, Lyon.
ȘCHIOPU, URSULA, VERZA, E., 1997, *Psihologia vârstelor,* EDP, București.
ȘCHIOPU, URSULA (coord.), 1995, *Dicționar de psihologie.* București, Editura Babel.
TĂSICĂ, LUMINIȚA, 2002, *Consilierea și orientarea elevilor cu delincvență comportamentală,* Institutul de Științe ale Educației.
TUDOSE, F., TUDOSE, C., DOBRANICI, L., 2002, *Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi,* Editura Info Medica.
UREA, R, 2010, *Medierea școlară.* București, Editura Fundației România de Mâine.
VERZA, E., 1997, *Psihopedagogie specială – manual pentru clasa a XIII-a – Școli normale,* Editura Didactică și Pedagogică, București.
VERZA, E.F, 2002, *Introducere în psihopedagogia specială și în asistența socială.* București, Editura Fundației Humanitas.
VOINEA, MARIA, 2000, „Familia, grup social fundamental", în *Sociologie generală și juridică,* Editura Silvy, București.
www. avatarschool.eu, accesat la data de 2 aprilie 2011.
www.cdep.ro/pls, accesat la data de 28 martie 2011.
www. dexonline.ro, accesat la data de 25 martie 2011.
www. Janebluestein.com, accesat la data de 8 aprilie 2011.
www.ncbi.nlm.nih.gov, accesat la data de 5 aprilie 2011.

CAPITOLUL XIV
DEFICIENȚELE ASOCIATE

Prin deficiențe asociate se înțelege existența a două sau mai multe forme de deficiență, asociate la aceeași persoană și însoțite de o varietate de tulburări.

Diversitatea tulburărilor este dependentă de gravitatea acestora și de numărul simptomelor care sunt asociate într-o formă de bază, de tip sindrom. De aceea, integrarea școlară se realizează diferit, în cele mai bune situații, parțial sau total, în funcție de profunzimea deficiențelor.

În literatura de specialitate, pentru a explica astfel de situații s-a utilizat o serie de termeni/concepte, diferențele de la un autor la altul constând în aria de cuprindere asupra domeniului investigat. Astfel, unii autori (**Radu, Gh.**, 2000) consideră că termenul de „polihandicap" este nefondat, deaorece, fie că la o persoană găsim o singură deficiență sau se asociază mai multe deficiențe, ele vor putea genera un singur handicap, și nu mai multe, care vizează sfera de adaptare socială, a cărui gravitate este dependentă de multitudinea deficiențelor și de gravitatea acestora.

Pe de altă parte, autorii din literatura francofonă sunt de părere că termenul de polihandicap include persoane la care se asociază mai multe deficiențe grave fiind absolut necesar ca definirea acestui concept să se facă într-un mod foarte restrictiv. Astfel, cuvântul „polihandicap" a fost folosit, pentru prima dată, în literatura de specialitate franceză în 1960, dar abia în 1969 E. Zucman l-a menționat în articolul publicat în revista „Readaptation". Mai târziu, consacrarea acestui termen s-a produs în 1985 într-un raport publicat al CTNSCHI referitor la copiii multihandicapați care, până atunci, erau considerați ca având handicapuri severe.

În acest raport se propunea adoptarea oficială a unui termen/concept nou care să vizeze asocierea mai multor deficiențe la o aceeași persoană. Georges Saulus, în articolul „Modelul structurat al polihandicapului" apărut în revista „Psihiatria la copii" nr. 1/2008, propune ca acest nou concept să se numească „concept primitiv de polihandicap".

Acest concept s-a născut din dezbaterile unui grup de cercetători de la CTNSCHI privind multihandicapul, ei explicând că la originea sa este o asociere, de orice natură, de deficiențe, explicație ce a rezultat din diferența conceptelor de plurihandicap și cel de polihandicap. Conceptul de plurihandicap, în accepțiunea cercetătorilor de la CTNSCHI vizează o asociere întâmplătoare a handicapurilor, în timp ce conceptul de polihandicap presupune o asociere neîntâmplătoare de handicapuri.

Raportul în cauză se referă la copiii atinși de leziuni cerebrale majore și difuze, cu impact funcțional în toate ariile dezvoltării ce se asociază, în cele mai frecvente cazuri, cu întârzieri mintale severe sau profunde, cu infirmitate motorie cerebrală gravă, epilepsie, deficiențe senzoriale etc., cercetătorii considerând că, în acest fel, conținutul termenului devine tot mai precis.

Inițial, literatura de specialitate franceză a folosit termenul de *handicap sever* pentru desemnarea asocierii mai multor deficiențe, iar, ulterior, termenul de *multihandicap*. În final, s-a ajuns la folosirea termenului de *polihandicap*, considerându-se că multihandicapul poate fi denumit polihandicap doar în condițiile în care acesta are o origine infantilă și se menține pe tot parcursul dezvoltării, asocierea deficiențelor este neîntâmplătoare, este prezentă întârzierea mintală severă sau profundă și sunt prezente deficiențe motorii.

Pe baza definirii conceptului de polihandicap de către CTNSCHI, concept denumit de către Gerges Saulus ca fiind „concept primitiv de polihandicap”, același autor consideră că un concept generic de polihandicap poate fi propus și definit ținând cont de cinci puncte și anume (**G. Saulus**, 2008).

1. termenul de polihandicap indică/denumește generic, un tip de handicap din categoria multihandicapurilor infantile: putem spune că, polihandicapul este un gen de handicap infantil asociat unei deficiențe și unei incapacități. Definirea polihandicapului, ca fiind un handicap infantil, indică faptul că primele manifestări ale polihandicapului apar, de obicei, în copilărie și pentru a fi calificat cu polihandicap, un adult trebuie să fi fost un copil cu polihandicap.
2. polihandicapul este caracterizat de asocierea a patru tipuri de deficiențe care indică un handicap grav:
   - o deficiență de funcționare electrică a creierului;
   - deficiențe ale funcțiilor psihice de bază, digestive și respiratorii, în particular;
   - o deficiență tonico-motrică severă;
   - o deficiență psihică severă la nivel cognitiv și psihoafectiv.

   Aceste deficiențe și incapacitățile pe care le antrenează constituie manifestări care definesc polihandicapul.
3. Aceste deficiențe și incapacități recunoscute ca origine comună a unei atingeri anatomice și/sau funcționale precoce (adică intervine, de obicei înainte de vârsta de doi ani) și severă a encefalului. Acestea sunt criteriile etiologice de definire a polihandicapului.
4. Multihandicapurile infantile care nu răspund la ansamblul celor două tipuri de criterii, nu trebuie să fie, cu toată rigoarea, numite polihandicap. Totuși, sub rezerva unei părți a acordului mai puțin relativ cu criteriile etiologice (criteriul precocității, în particular) și a altei părți care semnifică prezența unei deficiențe psihologice severe, cu sguranță pot fi numite fără consecințe epistemologice supărătoare „multihandicapuri aparente aparținând polihandicapului”.

Printre multihandicapurile infantile, care nu sunt nici polihandicapuri nici multihandicapuri, aparținând de polihandicap, figurează IMOC (infirmitate motorie de origine cerebrallă) și IMC (infirmitate motorie cerebrală): IMOC asociază o deficiență motrică cu una intelectuală medie, în timp ce în IMC o deficiență motrică este asociată unei deficiențe intelectule ușoare. Vedem că IMOC și IMC sunt excluse din domeniul polihandicapului și a multihandicapului, aparținând de polihandicap din rațiune de gravitate insuficientă a deficiențelor psihologice pe care le includ.

5. Una sau mai multe deficienţe senzoriale (însoţite sau nu de sindroame de deaferentaţie) şi/sau câteva probleme de natură autistico-psihologică pot completa tablourile polihandicapurilor; dar urmărind frecvenţa lor ele nu intră în categoria polihandicapurilor.

În cazul deficienţelor asociate/polihandicapului, aveam de-a face cu deficienţe severe sau profunde fie într-un palier al activităţilor fizice şi psihice, fie cu dificultăţi în toate componentele principale ale activităţii psihofizice. Dar, putem întâlni şi deficienţe singulare „reunite", şi care pot fi, însă, extrem de grave (profunde) şi la care componenta afectată este deteriorată total şi pe toate secvenţele acesteia. Astfel, apar disfuncţionalităţi la nivel psihic sau la nivel organic, care pot să afecteze, negativ, planul psihic general.

Aşadar, deficienţele asociate/polihandicapul se găsesc în majoritatea sindroamelor deficienţei de intelect, în unele deficienţe fizice şi în deficienţe senzoriale, şi mai ales în cazul asocierii lor. Dintre acestea, ne vom referii la cele mai importante, din punctul de vedere al domeniului studiat de noi, cum sunt: surdo-cecitatea, autismul, cea mai mare parte a sindroamelor deficienţei mintale, paralizia cerebrală şi ADHD.

Există o serie de clasificări ale sindroamelor, în funcţie de diferiţi autori (Matty Chiva, Yvette Rutschmann, Radu Gh., Mariana Roşca, Druţu I), dar noi considerăm că nu este necesar a le prezenta în funcţie de o anumită clasificare sau alta deoarece dorim să subliniem existenţa a două sau a mai multe deficienţe asociate la aceeaşi persoană şi nu le reducem numai la apariţia unor deficienţe pe fondul celei mintale deja existente.

Odată cu stabilirea, în 1960, la Conferinţa de Citogenetică de la Denver a unui sistem unic de clasificare a cromozomilor umani – „Sistemul Denver", cei 46 de cromozomi au putut fi împărţiţi în şapte grupe, fiecare dintre ele cuprinzând un număr variabil de cromozomi, grupaţi după criterii precum lungimea braţelor, poziţia centrometrului şi raportul dintre braţe. Astfel, conform nomenclaturii Denver avem:

- A: perechile 1-3.
- B: perechile 4-5.
- C: perechile 6-12+cromozomul X.
- D: perechile 13-15.
- E: perechile 16-18.
- F: perechile 19-20.
- G: perechile 21-22+cromozomul Y.

Descoperirea cariotipului uman a condus, apoi, la descoperirea unei serii de aberaţii/anomalii cromozomiale. Identificarea cromozomilor a devenit posibilă ca urmare a aplicării tehnicii de bandare. Fiecare cromozom are în compoziţie o succesiune specifică de benzi, ce nu se schimbă în cariotipul uman şi sunt la fel în orice celulă sau ţesut, date de prezenţa eucromatinei sau heterocromatinei şi de componenţa chimică de bază ale ADN-ului. Aceste benzi sunt importante în identificarea modificărilor morfologice şi structurale. Cele 23 de perechi de cromozomi ale organismului uman sunt împărţite în 22 de perechi autosomi şi o pereche sexuali, astfel încât fiecare celulă din organismul uman are 46 cromozomi(22 de perechi+XY, la bărbaţi şi 22 de perechi+XX, la femei). Excepţie fac doar celulele sexuale – ovulul şi spermatozoidul – care au doar câte o jumătate din setul cromozomial(22+X – ovulul, 22+X sau 22+Y – spermatozoidul). La unirea dintre cele două celule sexuale se va forma un set cromozomial complet de genul 44+XX şi atunci va fi fată sau 44+XY şi va fi băiat.

În cazul apariţiei unor modificări numerice la nivelul cromozomilor autosomi consecinţele pot fi dintre cele mai grave, prin afectarea unui număr mare de gene. Aceste modificări le vom numi aberaţii cromozomiale ale autosomilor. Din rândul lor fac parte:

- monosomiile(lipsa unui cromozom), fiind urmate de moartea timpurie a embrionului;
- trisomiile(prezenţa unui cromozom suplimentar) care, în cele mai dese cazuri, nu dau voie embrionului să supravieţuiască(există peste 100 de anomalii neechilibrate ale autosomilor), dar atunci când aceasta se întâmplă, apar cu preponderenţă trisomiile 21, 18 şi 13.

1. SINDROAME

1. Sindromul Down

Acest sindrom a fost descris în anul 1866 de către John Langdon Down şi se caracterizează prin triada: dismorfie particulară, întârziere mentală şi aberaţie cromozomală. Faptul că această afecţiune are o origine cromozomială, a fost bănuit încă din 1932, de către Waandenburg, dar abia în anul 1959, geneticianul francez Jerome Lejeune a descoperit că sindromul Down este cauzat de prezenţa unei copii suplimentare a cromozomului 21, rezultând un număr de 47 de cromozomi. Cauza apariţiei anomaliilor de tip numeric cromozomiale este nondizjuncţia cromozomilor perechi în timpul diviziunii celulare. Acest sindrom mai poartă denumirea şi de **trisomia 21.** Se ştie că, în cazul trisomiei 21, fiecare celulă a organismului posedă trei cromozomi, deoarece în timpul fertilizării, la unirea dintre ovul şi spermatozoid, care au, în mod normal, fiecare câte 23 de cromozomi, unul va avea un cromozom în plus în poziţia 21, rezultând o celulă cu 47 de cromozomi. Conform presupunerilor, acest lucru este posibil deoarece, în timpul formării celulelor sexuale, apare nondizjuncţia – adică cei doi cromozomi 21 nu se separă. Turpin şi Lejeune (1965) considerau că maladia este constituţională şi acţionează asupra unui număr mare de gene, generând o frecvenţă ridicată şi fiind influenţată şi de un factor nongenetic – vârsta mamei.

Aceste persoane au capul mic, prezintă brahicefalie (diametre longitudinale şi transversale egale), faciesul este lat, rotund, colorat în roşu, aplatizat cu absenţa aproape completă a pometilor şi ridicăturilor orbitare. Roşeaţa obrajilor şi a vârfului nasului şi a bărbiei îi dă aspectul de „faţă de clown”. Nasul este mic şi cu baza largă de implantare. Creierul are 76% din greutatea creierului unui normal şi are mai puţine circumvoluţiuni şi acestea sunt mai mici.

Ochii sunt depărtaţi (hipertelorism), prezintă macroglosie (creştere în volum a limbii), limbă scrotală (limbă cu multe şanţuri/fisuri apărute congenital) cu aspect lat, sau îngust şi ascuţit, gura lor este mică, cu fisuri comisurale, este interdeschisă, dentiţie întârziată, dinţii neregulat implantaţi, cariaţi, inegali, urechi mici, nelobulate, asimetrice. Gâtul este scurt (la nou născut prezintă şi un exces de piele pe ceafă), toracele este lărgit la bază şi prezintă lordoză în poziţie şezândă.

În proporţie de 40% nou născuţii cu sindrom Down au malformaţii cardiace (defecte septale atrio-ventriculare, ventriculare sau atriale), iar 3-5% malformaţii digestive (Covic, M., 2004).

Prezintă hipotonie musculară care este evidentă mai ales în copilărie și se poate asocia cu hiperlaxitate articulară și hiporeflexie nervoasă, poate apare cutis laxa (pierderea elasticității pielii care este lăsată în cute sau falduri, conferind un aspect de îmbătrânire prematură).

Mâinile sunt mici și scurte, late și cu degete divergente. Picioarele sunt scurte, cu degete mici. Întregul organism are o tendință de creștere redusă, sub media normală a vârstei, astfel încât la vârsta adultă va atinge o înălțime maximă de 150-160 cm.

Apare o dezvoltare pubertală întârziată și incompletă și tendințe la obezitate.

Organele genitale externe sunt slab dezvoltate, dar la pubertate, gonadele se dezvoltă bine. În proporție aproape totală bărbații sunt sterili, iar femeile au o fertilitate redusă.

Există un risc crescut de apariție a leucemiei, a infecțiilor respiratorii și din această cauză mortalitatea infantilă era destul de accentuată până în anii 1960, când doar jumătate din copiii cu sindrom Down supraviețuiau peste vârsta de 5 ani (Covic, M., 2004).

Durata medie de viață este redusă datorită rezistenței scăzute la infecții, dar aceasta a crescut în ultimul timp odată cu folosirea antibioticelor astfel încât, acum sunt cazuri care au depășit vârsta de 60 de ani.

Din punct de vedere al dezvoltării psihice, mongolianul este lent, apatic, pasiv, stă ore întregi în aceeași poziție sau se mișcă monoton.

Instabilitatea psihomotorie constă în trecerea de la docilitate la acțiuni de auto și heteroagresivitate.

Atenția este labilă la toate vârstele, îngreunând influențarea educațională.

Comprehensiunea este redusă, iar memorarea mecanică și limbajul apar târziu. Majoritatea acestor subiecți nu reușesc să învețe să scrie, iar desenul lor rămâne rudimentar și inestetic.

Vocea este răgușită și monotonă. Vorbirea este infantilă și cu tulburări de articulație.

Gesticulația rămâne mulți ani principalul mod de exprimare.

Gândirea este la stadiul concret și nu permite decât achiziția unor elemente cu caracter de sterotipie.

Memoria este predominat mecanică și întipărirea de scurtă durată, reproduc cu greu și numai în prezența situațiilor concrete. În aceste condiții este interesant că au dezvoltat simțul ritmului, le place muzica și dansul.

Sunt veseli și afectuoși cu persoanele cunoscute și simt nevoia să li se acorde o atenție similară celor din jurul lor. Manifestă mai ales comportamente imitative, ceea ce presupune prezența în preajma lor a unor modele comportamentale pozitive.

Date fiind dificultățile de dezvoltare, subiecții respectivi se încadrează în categoria deficiențelor de intelect sever sau profund și foarte rar în debilitatea mintală.

Cauze: nu este cunoscută cauza exactă.

Factori de risc: tulburări hormonale, radiații, infecții virale și vârsta mamei la naștere (la 20 de ani riscul este de 1 la 1600 de nașteri, la 35 de ani de 1 la 365, la 40 de ani de 1 la 100, la 45 de ani, de 1 la 25) datorate tendinței în creștere odată cu vârsta a nondizjuncției, deci o scădere a eficienței meiozei (diviziunea care are loc la formarea celulelor reproducătoare).

Se poate lua în calcul şi vârsta înaintată a tatălui în momentul concepţiei (după 50 de ani).

În cazul în care în familie s-a născut un copil cu sindrom Down, riscul ca şi al doilea copil să se nască cu sindrom Down este de 1 la 100.

Frecvenţa: la nivel mondial a fost estimată între 1 la 600 şi 1 la 800 naşteri în funcţie de relatările diverşilor cercetători şi în funcţie de zona geografică. **Bray, Wright, Davies** şi **Hook** (1998) consideră că frecvenţa la nivel global este de 1,42 la 1000 (1 la 704,2). Aceeaşi autori precizează faptul că frecvenţa sindromului Down este mult mai mare – aproximativ 1 la 200 – dar trei sferturi din sarcinile respective se încheie cu avorturi spontane sau provocate medical în urma rezultatelor la testele screening si amniocenteză. Ambele sexe sunt afectate, dar sindromul este mai frecvent la sexul masculin, raportul între sexe fiind de 3 băieţi la 2 fete.

Testele prenatale pentru identificarea sindromului Down

a) teste screening – teste efectuate pe persoane aparent normale (sănătoase)
- se determină din sângele matern;
- rezultatul lor, împreună cu vârsta mamei, permit estimarea riscului de apariţie a sindromului Down;
- se efectuează între săptămânile 14 şi 17 sau chiar 19 a sarcinii.

Cea mai des folosită dintre metodele de screening este **triplul test.**
- se efectuează în trimestrul II de sarcină şi conferă rezultate reale în proporţie de 70%.;
- 5% sunt rezultate fals pozitive;
- Apare suspiciunea de sindrom Down atunci când se identifică niveluri crescute ale AFP (α-fetoproteină), al β-hCG (gonadotrofina corionică) şi un nivel scăzut a uE3 (estriolul neconjugat).

În ultimii ani, se foloseşte **cvadruplul test**, care adaugă la triplul test dozarea inhibinei A şi se ajunge la o acurateţe de 81% (**Roizen şi Petersen**, 2003)

La toate acestea se mai pot adăuga analize a unor markeri biochimici în trimestrul I de sarcină (cum este proteina plasmatică A) şi care cresc acurateţea testărilor la 85% şi reduc numărul rezultatelor fals pozitive (**Covic M**, 2004).

b) ecografia abdominală – permite detectarea unor semne caracteristice sindromului Down:
- îngroşarea pielii pe partea posterioară a gâtului (translucenţa nucală);
- modificări ale membrelor;
- diminuarea diametrului capului;
- boli congenitale ale inimii;
- probleme gastro-intestinale;
- scurtarea femurului/humerusului în partea a doua a sarcinii.

c) teste diagnostice: se aplică dacă testările de mai sus trezesc suspiciunea sindromului Down.

Cele mai des utilizate sunt:
- amniocenteza – se efectuează în săptămânile 16-20 (optim 16-17) ale sarcinii (după ecografie, se extrage, cu ajutorul unui ac, o cantitate mică de fluid amniotic care conţine şi celule fetale şi se examinează. Rezultatul se obţine în aproximativ 12 până la 20 de zile).

Efecte secundare: 2% din cazuri avort, sângerare, infecţii.
- C.V.S. (Chorionic Villus Sampling) se aplică în săptămânile 9-12(optim după săptămâna a 10) ale sarcinii. După ecografia abdominală se introduce un tub subţire pe cale vaginală până la placentă şi se extrage o mică porţiune a vilozităţilor coriale. Aceste ţesuturi ale fătului se examinează din punct de vedere cromozomial. Rezultatul se obţine în 7-10 zile. Efecte secundare: risc de avort, sângerare, infecţii, pierdere de fluid amniotic.

Simptome imediat după naştere

Aproximativ 1 din 3 născuţi cu sindrom Down suferă de o afecţiune a cordului.
- bebeluşul poate avea muşchii şi articulaţiile mai slabe; acest lucru se poate ameliora pe măsura înaintării în vârstă;
- pot fi lenţi în coordonarea necesară pentru ca simultan să sugă, să înghită şi să respire; rezultă că ei stropesc şi se îneacă puţin (cel mai frecvent în primele 2 săptămâni);
- poate avea o greutate mult mai scăzută decât media la naştere şi poate creşte în greutate într-un ritm mai lent decât alţi copii;
- bebeluşii şi copiii de vârstă fragedă cu sindrom Down tind să fie predispuşi la infecţii ale pieptului şi ale sinusului;
- ochii bebeluşilor cu sindrom Down, în cele mai dese cazuri, prezintă un unghi de înclinare în sus şi spre exterior;
- pleoapele prezintă un plin suplimentar al pielii;
- partea posterioară a capului poate fi mai plată decât media;
- majoritatea bebeluşilor cu sindrom Down prezintă o singură linie care traversează palma mâinii.

Există trei tipuri de sindrom Down:
1) Trisomia 21 standard (normală sau primară) sau trisomie liberă
   - 94% din persoanele cu sindrom Down;
   - acest tip de sindrom Down este întotdeauna un accident al naturii şi se poate întâmpla oricui;
   - riscul de apariţie corelează cu vârsta mamei, mecanismul responsabil fiind nondizjuncţia cromozomială din meioza primară a gametogenezei materne;
   - părinţii au cromozomi normali, dar la copii apare un cromozom în plus, ataşat perechii 21.
2) Translocaţie neechilibrată sau dezechilibrată
   - Acest tip de sindrom Down apare la 3% dintre cazuri. O parte din cromozomul 21 se ataşează unui cromozom dintr-o altă pereche, astfel încât cele două părţi devin una singură şi formează un nou cromozom. Apare un rearanjament intercromozomial între doi cromozomi

acrocentrici fiind o anomalie structurală cromozomială. Cromozomul translocat va avea o talie superioară valorilor normale.La jumătate dintre cazurile cu sindrom Down translocaţie se întâmplă accidental. De aici rezultă, că nu se va întâmpla şi la sarcinile viitoare.

- În cazul celeilalte jumătăţi unul dintre părinţi are o balanţă cromozomală anormală, adică un cromozom 21 lipit de un alt cromozom. Astfel, apare posibilitatea apariţiei şi la o nouă sarcină cu un risc de 3-5% transmitere paternă şi 10% transmitere maternă.
- Spre diferenţă de trisomia standard, riscul de apariţie este de 2-3 ori mai mare în cazul femeilor tinere sub 30 de ani.

3) Mozaicismul
- Acest tip de sindrom Down este foarte rar (2-3% dintre persoanele cu sindrom Down).
- Celulele cu cromozomul suplimentar se amestecă cu alte celule normale, însemnând că doar o parte dintre celule vor fi afectate, restul fiind normale.

2. Sindromul Cri du chat – sindromul „ţipătului de pisică" sau monosomia parţială 5p („p" fiind notaţia braţului scurt al cromozomilor).

Este produs datorită unei deleţii importante a braţului scurt al cromozomului 5. Lipsa acelei porţiuni a braţului cromozomial implică şi lipsa unui număr mai mic sau mai mare de gene. Dintre acestea, lipsa genei CTNND 2 produce retardul mintal sever.

Denumirea provine de la afectarea laringelui, care generează un plâns asemănător cu mieunatul de pisică.

Frecvenţă

Apare cu o frecvenţă de 1 la 50000, pâna la 1 la 20000 de nou născuţi, 1% din cei cu retard mintal sever sunt afectaţi de acest sindrom 85% din cazuri sunt întâmplătoare, restul (10-15%) fiind urmări ale unor translocaţii echilibrate regăsite la unul din părinţi. Prin translocaţii echilibrate înţelegem că 2 sau mai mulţi cromozomi schimbă între ei fragmente, dar cantitatea de ADN din celulă rămâne la fel, de aceea părintele este sănătos.

Are frecvenţă mai mare în rândul subiecţilor de sex feminin.

La aproximativ 80% din pacienţi, acest defect cromozomial provine de la tată.

Simptomatologie

Greutatea este mică la naştere, iar dezvoltarea fizică se va produce cu întârziere

Capul este mic – prezintă microcefalie, microretrognaţie (dezvoltare insuficientă a maxilarelor), urechile sunt malformate şi implantate în partea de jos a craniului, hipertelorism (ochi îndepărtaţi), fante antimongoliene (ochi îndreptaţi în jos), epicantus(pliu suplimentar al pielii care acoperă unghiul intern al ochiului)

Plânsul caracteristic începe să diminueze în caracteristici după vârsta de doi ani.

Herniile inghinale sunt frecvente în acest sindrom.

Tonusul muscular este scăzut şi poate apărea o dezvoltare târzie sau nedefinitivată a achiziţiilor motorii.

Prezintă pliu palmar unic, prezintă dificultăţi în alimentaţie.

Pot apărea deformări ale coloanei vertebrale (de obicei, scolioze), malformaţii ale organelor interne, 30% prezintă defecte cardiace.

Durata medie de viață variază și în funcție de mărimea porțiunii afectate a brațului cromozomului 5 și de gravitatea sindromului în asocierea sa cu diferitele anomalii fizice. Aproximativ 10% mor în primii ani de viață datorită complicațiilor apărute din asocierea anomaliilor specifice sindromului.

Afecțiunea este însoțită de retard mintal. În funcție de severitatea acestuia unii copii cu acest sindrom pot învăța să comunice prin propoziții scurte sau doar prin cuvinte și gesturi.

Diagnosticare

Prenatal, se face analiza cariotipului, se poate face amniocenteza, sau se poate face FISH (este o tehnică de citogenetică moleculară prin care se urmărește detectarea unor anomalii cromozomiale, care nu pot fi identificate cu precizie prin cariotipul convențional).

În cazul în care deja există un copil cu acest sindrom într-un cuplu, se recomandă efectuarea cariotipului la ambii părinți. Dacă ambii părinți au cariotipul normal, atunci șansele ca sindromul să apară și la o a doua sarcină sunt foarte mici.

3. Sindromul trisomiei 18 (EDWARDS)

- apare cu o frecvență de 1 la 8000, nou născuți;
- predomină sexul feminin(80%);
- incidența în rândul sarcinilor este mult mai mare, dar numai 5% ajung la termen, restul fiind eliminați prin avort;
- greutate mică la naștere;
- talia este mai mică decât media;
- creșterea este deficitară;
- capul, gura, fălcile sunt mici;
- fruntea este teșită, continuând nasul;
- sternul este scurt;
- arteră ombilicală unică;
- mâinile au pumnii strânși cu poziții anormale ale degetelor care se contractează în flexie cu încrucișarea indexului cu mediusul;
- anomalii renale;
- malformații ale coapselor și picioarelor;
- probleme cu inima și vasele care vor prezenta malformații congenitale;
- retard mintal;
- aproape 90% dintre acești copii mor în primele 6 luni ca urmare a malformaților viscerale grave;
- doar 5% trăiesc peste 1 an și prezintă o întârziere marcantă în dezvoltarea psihomotorie;
- riscul de apariție la o a doua sarcină este de 1-2%, iar în trisomiile parțiale, riscul va fi dependent de existența unei translocații la părinți (Covic, M., 2004).

Teste prenatale în depistarea trisomiei 18

- se poate face o depistare prenatală în 50-60% din cazuri;
- se efectuează o ecografie abdominală în care se pot observa anumite întârzieri în creștere și unele malformații;

- se efectuează triplul test;
- confirmarea finală se face doar prin analiza celulelor fetale din punct de vedere cromozomial.

4. **Sindromul trisomiei 13 (PATAU)**

- apare cu o frecvenţă de 1 la 20.000 de nou născuţi;
- retard psihic sever;
- apare o fuziune a lobilor frontali, corp calos absent, absenţa tractusului olfactiv, microcefalie, frunte teşită, microftalmie/ anoftalmie (unul dintre ochi este mai mic/unul dintre globii oculari lipseşte);
- malformaţii ale cordului apar în 80% din cazuri
- aspect fizic: buze despicate, degete flexate, degete suplimentare (polidactilie), apariţia hemagioamelor (malformaţii ale vaselor de sânge) pe faţă şi pe gât, pliu palmar transversal unic, anomalii structurale ale craniului şi feţei, urechi malformate;
- malformaţii ale coastelor, organelor abdominale şi sexuale, anomalii renale.

Diagnosticare

În primul rând se urmăreşte apariţia celor trei elemente care se regăsesc la 70% din cazuri(polidactilie postaxială, microftalmie/anoftalmie şi despicătură labio-palatină).

În caz de holoprosencefalie(anomalie a SNC - tulburări ale dezvoltării creierului anterior şi ale etajului mijlociu al feţei despicătura labială şi palatină, hipotelorismul (distanţa interoculară redusă) şi absenţa separării lobilor frontali) trebuie făcute teste pentru analiza citogenetică a trisomiei 13.

- supravieţuire pe termen scurt, doar 3% supravieţuiesc peste un an;
- 50% mor în prima lună de viaţă.

5. Sindromul Wolf-Hirschhorn(SWH) sau monosomia 4p

Este cauzat de o anomalie de structură cromozomială: lipsa unui fragment (deleţie) din braţul scurt al cromozomului 4.

Severitatea sindromului creşte dacă porţiunea afectată a braţului cromozomial este mai mare.

Frecvenţă

- 1 la 50000 de nou născuţi.
- Frecvenţă mărită în rândul subiecţilor de sex feminin.
- În 84% din cazuri, apare întâmplător, restul de 13% fiind datorat unuia dintre părinţi care are o translocaţie echilibrată.
- 1/3 dintre aceşti subiecţi mor în primul an de viaţă (Covic M, 2004).
- Dacă unul din părinţi este purtător de translocaţie echilibrată, atunci şansa este de 50% ca la fiecare sarcină să apară un copil cu probleme.
- Dacă părinţii nu sunt purtători de anomalii cromozomiale echilibrate, riscul de apariţie la o viitoare sarcină este nesemnificativ.

Simptomatologie

- Microcefalie, hipertelorism, fante antimongoliene, epicantus, strabism, rădăcină nazală lărgită, urechi malformate şi inserate în partea de jos a craniului, „gură de lup", „buză de iepure", micrognaţie (bărbie mică).
- Malformaţii pulmonare, malrotaţie intestinală, hernii inghinale, ombilicale, diafragmatice, posibilă absenţă a veziculei biliare.
- Malformaţii renale, rinichi hipoplazici (mici), agenezie renală unilaterală (absenţa unui rinichi).
- Malformaţii genitale – la femei – uter de dimensiuni reduse, lipsa vaginului sau a colului uterin şi testicole necoborâte – la bărbaţi.
- Malformaţii cardiace – anomalii ale valvelor, defecte de sept ventricular sau atrial.
- Malformaţii scheletice.
- Retard mintal sever.

Diagnosticare

Prenatal – examen ecografic în trimestrul II de sarcină, la care se poate depista o întârziere de creştere, microcefalie, malformaţii cerebrale, hernii, malformaţii cardiace, pulmonare etc.

Odată observate aceste anomalii, se impune analiza citogenetică sau FISH.

6. Sindromul WILLIAMS

Cauza este lipsa de material genetic (microdeleţie) pe cromozomul 7, rezultând de aici insuficienţa genei elastine. Elastina este o proteină care intervine în structura organismului şi contribuie la elasticitatea ţesuturilor şi a organelor. Elastina este întâlnită, predominant, în peretele arterelor, în plămâni, intestine şi piele. Insuficienţa acestei proteine explică probleme de ordin fizic şi medical ca şi caracteristicile faciale specifice acestui sindrom.

Cele mai multe cazuri sunt pur întâmplătoare şi riscul ca aceeaşi părinţi să aibă un al doilea copil cu sindrom Williams nu este mai mare ca riscul pe care l-au avut prima dată.

Fraţii şi surorile unei persoane cu sindrom Williams nu au un risc crescut de a avea copii cu acest sindrom.

Persoanele afectate cu acest sindrom au şansa de 50% să aibă copii cu sindrom Williams.

Frecvenţa este de 1 la 7500 naşteri.

Trăsături faciale specifice: nasul cârn, buza superioară lungă, gura largă, buze pline, bărbia mică, mici umflături în jurul ochilor. Aceste trăsături se accentuează o dată cu trecerea timpului.

Majoritatea persoanelor cu sindrom Williams prezintă afecţiuni ale inimii şi ale vaselor de sânge.

Există posibilitatea apariţiei unei hipercalcemii care, de cele mai multe ori, se rezolvă de la sine în copilărie, însă există şi dereglări ale metabolismului calciului şi vitaminei D, care pot persista toată viaţa.

Copiii cu sindrom Williams au greutatea scăzută la naştere şi un ritm scăzut de creştere în greutate.

Înălţimea la maturitate este sub valoarea medie.

Mulţi dintre copiii cu sindrom Williams au probleme de alimentaţie. Aceste probleme sunt legate de tonusul muscular slab, de suptul cu dificultate, de deglutiţie dificilă, de un reflex sever de înecare. Aceste probleme de alimentaţie tind să se rezolve o dată cu trecerea timpului.

Mulţi dintre copiii cu sindrom Williams au colici o perioadă mai lungă de timp şi ca urmare sunt mai iritabili. Pot apărea dificultăţi şi în ceea ce priveşte somnul.

O altă caracteristică este aceea că au dinţii mici şi rari.

La aceste persoane, herniile inghinale şi ombilicale sunt mai frecvente.

Persoanele cu sindrom Williams manifestă, în majoritatea cazurilor, hiperacuzie. Anumite frecvenţe sau niveluri ale sunetelor pot fi dureroase sau îi pot înspăimânta. Problema se ameliorează, de obicei, o dată cu înaintarea în vârstă.

Copiii de vârste fragede, cu sindrom Williams, prezintă adeseori un tonus muscular scăzut şi laxitate articulară. Pe măsură ce cresc, poate apărea rigiditatea articulară.

Fizioterapia este indicată pentru îmbunătăţirea tonusului muscular şi a varietăţii mişcărilor articulare.

Persoanele cu sindrom Williams au o personalitate foarte plăcută şi sunt extrem de politicoşi.

Copiii nu se tem de străini şi sunt mai interesaţi de persoanele adulte decât de ceilalţi copii. Personalitatea lor este excesiv de socială şi prietenoasă.

Retardul mintal, în diferite grade, este prezent la cele mai multe persoane cu sindrom Williams. Ei prezintă o dezvoltare întârziată în ceea ce priveşte vorbitul, mersul, folosirea toaletei. Pare o lipsă a capacităţii de concentrare care tinde să se amelioreze pe măsură ce copilul creşte.

Există anumite domenii, în care persoanele cu sindrom Williams excelează, cum ar fi vorbirea, memoria de lungă durată şi aptitudinile sociale. În alte domenii, prezintă deficienţe foarte serioase, cum ar fi mişcările motorii fine şi coordonarea spaţio-vizuală.

7. Sindromul Prader – Willi

Este o anomalie cromozomială secundară deleţiei unor gene de pe braţul lung al cromozomului 15 de origine paternă sau disomiei materne a cromozomului 15.

A fost descris pentru prima dată în 1956, apoi în 1980 cercetătorii au descoperit modificările genetice asociate. David Ledbetter a pus în evidenţă, în 1981, faptul că majoritatea persoanelor cu sindrom Prader Willi prezentau o deleţie a aceluiaşi segment de gene de pe cromozomul 15.

Frecvenţa este de 1 la 15.000 de nou născuţi şi sunt afectate în mod egal ambele sexe.

Persoanele cu acest sindrom sunt caracterizate de hipotonie, statură mică, polifagie (consum exagerat de alimente, în urma apetitului mare), obezitate, hipogonadism, subdezvoltarea mâinilor şi picioarelor, retard mintal uşor, strabism.

Prezintă hipotonie neonatală şi infantilă şi dificultăţi de alimentaţie.

Creşterea ponderală este rapidă în perioada 1-6 ani.

Curfs şi Frym (1992) consideră că, sindromul poate fi împărţit şi în funcţie de performanţa intelectuală, astfel:

- 5% au QI peste 85.
- 27% au QI între 70-85.
- 34% au QI între 50-70.
- 27% au QI între 35-50.
- 5% au QI între 20-35.
- 1% au QI sub 20.

Într-un alt studiu, Cassidy (1991) a considerat că 40% dintre persoanele cu acest sindrom au inteligenţa sub medie sau la limită dar grupaţi în colectivităţi mici şi cu intervenţie individualizată pot ajunge la un randament social bun.

Caracteristici

a) intrauterine:
- mişcări fetale reduse;
- poate să apară exces de lichid amniotic;
- poziţie fetală anormală.

b) după naştere şi în perioada sugară:
- naştere prin cezariană;
- letargie (stare patologică caracterizată printr-un somn adânc de lungă durată, în timpul căruia pulsul şi respiraţia devin abia perceptibile, lipsă totală de interes faţă de orice activitate);
- hipotonie;
- dificultăţi de alimentaţie (reflexul de supt este afectat de tonusul muscular scăzut);
- dificultăţi de respiraţie;
- hipogonadism;
- retard în creştere şi dezvoltare intelectuală;
- somn excesiv;
- strabism;
- scolioză.

c) copilărie:
- coordonare deficitară din punct de vedere fizic;
- începând cu 2 – 4 ani apare hiperfagia (bulimia);
- creştere ponderală excesivă;
- întârziere în vorbire;
- tulburări de somn;
- scolioză.

d) adolescenţa:
- statură mică;
- obezitate;
- flexibilitate articulară.

e) perioada adultă:
- hipogonadism;
- păr pubian puţin;
- hipotonie;

- obezitate;
- dificultăţi de învăţare;
- predispoziţie la diabet;
- mâini şi picioare mici, cu degete ascuţite;
- piele subţire şi în exces;
- frunte îngustă şi înaltă;
- dezvoltare motorie întârziată;
- dezvoltare sexuală incompletă – infertilitate la ambele sexe;
- ochi migdalaţi.

Diagnosticare

Iniţial, se recomandă o testare pentru nou născuţii care prezintă hipotonie accentuată, iar ulterior, diagnosticul se face pe baza evaluării unor criterii date de simptomatologia amintită. Diagnosticul precoce permite intervenţia medicală timpurie şi injectarea zilnică cu hormoni de creştere (GH recombinat) care va asigura o dezvoltare normală. Diagnosticul prenatal este recomandat mai ales în cazul familiilor în care există deja un copil cu acest sindrom.

Marea parte a cazurilor cu acest sindrom sunt întâmplătoare, părinţii fiind sănătoşi.

8. Oligofrenia fenirpiruvică (se mai numeste şi **fenilcetonuria** sau boala lui Folling).

Folling descrie boala în anul1934.

Este o tulburare metabolică ereditară, o formă gravă a deficienţei de intelect cu o frecvenţă de 1 la 10.000 de nou năcuţi.

Se datorează absenţei unei enzime care transformă fenilalanina (se ocupă de transmiterea semnalelor nervoase între neuroni şi creier; se transformă în dopamină şi norepinefrină, răspunzând de atenţie şi vitalitate, reduce pofta de mâncare şi depresia şi creşte apetitul sexual) în tiroxină (hormon tiroidian), absenţă care duce la transformarea fenilalaninei în acid fenilpiruvic şi devine toxic pentru organism.

Este importantă aplicarea cât mai timpurie a unei diete speciale, formată din alimente din care s-a extras fenilalanina. Această dietă poate preveni apariţia deficienţei mintale. După o anumită vârstă, dieta poate fi întreruptă şi cu toate că deficienţa metabolică se menţine nu mai este afectat sistemul nervos.

În lipsa aplicării dietei, apare o deficienţă mintală gravă (65% deficienţi profunzi, 31% severi, 4% uşor).

Simptomatologie. La naştere, copilul este normal pentru primele săptămâni sau pentru primele luni. Apare apoi o iritabilitate excesivă, o instabilitate psihomotorie, uneori crize manifestate prin convulsii.

Observăm o întârziere marcantă în dezvoltarea motorie (stă în decubit dorsal la 1 an şi merge după 2 ani). De asemenea, remarcăm o foarte accentuată întârziere în dezvoltarea vorbirii cu debut după 3-4 ani. De cele mai multe ori, nu realizează decât 3-4 cuvinte însoţite de fenomenul de ecolalie. Nu depăşeşte QI de 50.

Prezintă balansări de trunchi dinainte-înapoi. Mersul este cu paşi mici şi cu aplecare înainte.

Are o tendință permanentă de mişcare a mâinilor. La 1/3 din cazuri se înregistrează crize epileptice.

Are o subdezvoltare staturo-ponderală, părul blond depigmentat, ochii de culoare albastru deschis şi prezintă eczeme. Pielea este foarte sensibilă şi uneori, cu spargeri de vase de sânge.

Se încadrează doar în formele de handicap profund şi sever.

Se pot elabora unele comportamente elementare de autoservire mai ales cele bazate pe formarea reflexelor condiționate.

Diagnosticarea se poate face de timpuriu prin analiza urinei care conține acid fenilpiruvic.

9. Idioțiile amaurotice

În funcție de perioada manifestării, idioțiile amaurotice capătă trei forme: forma infantilă sau boala lui Tay-Sachs, forma juvenilă sau boala Spielmeyer-Vogt Sjogrens şi forma tardivă sau boala lui Kufs (**Matty Chiva** şi **Ivette Rutschmann**, în **Zazzo**, 1979). Boala are un caracter ereditar; de aceea, semnele clinice pot fi observate începând cu vârste diferite, iar durata de viață este relativ scurtă.

Forma infantilă sau boala lui Tay-Sachs

Aceste disfuncții (tulburări ale metabolismului lipidelor) au o frecvență mai redusă. La naştere, copilul dă impresia de normalitate, pentru ca la 3-8 luni să devină apatic, cu o motricitate ce nu evoluează în mod normal (nu îşi ridică capul, nu se întoarce de pe o parte pe alta).

La început, copilul este hipersensibil la lumină şi la zgomote, iar mai târziu văzul se va degrada progresiv ca urmare a atrofiei nervului optic ajungând la orbire până la vârsta de 2-3 ani. El nu poate apuca obiecte, nu poate ține capul ridicat, iar ulterior se instalează paraliziile şi convulsiile.

Retardul mintal este grav şi involuează spre demență infantilă.

Forma juvenilă sau boala Spielmeyer-Vogt Sjogrens

Apare mai târziu, între 2 şi 10 ani. Se manifestă printr-o lipsă de putere şi vitalitate (din cauza unei slabe elasticități a țesuturilor), tulburări extrapiramidale şi ale cerebelului. Toate acestea generează la aceşti subiecți un mers special, cu anteflexiune a trunchiului şi flexiune a genunchilor.

Pot apărea tulburări vizuale de genul ambliopiilor şi retinitei pigmentare ce vor avea o evoluție lentă şi progresivă.

De asemenea, ca şi în cazul formei infantile, involuția mentală duce la demență.

Manifestă indiferență față de mediul ambiant, iar pe plan psihic dezvoltarea este extrem de redusă, dar prin exerciții repetate este posibilă elaborarea unor comportamente şi activități cu caracter stereotip.

Forma tardivă sau boala lui Kufs

Este mult mai rară decât primele două forme, fiind însoțită de simptome motorii şi mentale ce vor genera demență ataxică. Această formă poate fi însoțită şi ea de diverse leziuni oculare.

10. Maladia HURLER (Gargoilismul)

Se regăsește la unele categorii de deficienți, de la formele cele mai ușoare până la cele mai grave.

Diagnosticarea acestei maladii se face prin analiza urinei, în care sunt secretate cantități mari de mucopolizaharide acide.

Copilul are o statură mică, cu gât și membre scurte, prezintă o înfățișare de bătrân. Craniul are un aspect deformat prin proeminența exagerată a regiunii occipitale. Gura este mare, cu buze și limbă groase și dinți mici, iar nasul are formă de șa cu rădăcină ștearsă și cu narine lățite. Vocea este răgușită și respirația zgomotoasă. Abdomenul este proeminent, din cauza splinei și a ficatului foarte mărite. Pot apărea opacități pe cornee și hernie ombilicală. Părul este aspru și stufos. Trunchiul este deformat, prezintă cifoză dorso-lombară. Membrele sunt îndesate, iar mișcările articulare sunt limitate la extensia coatelor și a genunchilor. Prezintă retard mintal.

11. Sindromul KLINEFELTER

Este o tulburare genetică ce afectează sexul masculin. Sexul masculin are formula genetică cromozomială XY. Cauza apariției acestui sindrom este prezența unui cromozom X în plus, care este o eroare ce poate apărea în procesul de diziviune celulară după fecundare.

În acest sindrom, băieții au unul sau mai mulți cromozomi X în plus față de normal, rezultând o formulă cromozomială de tipul XXY sau, mai rar, XXXY. Există și posibilitatea apariției unei formule de genul XXYY.

În urma analizei citogenetice rezultă, în 85% din cazuri, conform cariotipului o trisomie 47,XXY liberă omogenă. În 12-13% din cazuri apar mozaicuri cromozomiale (47 XXY; 48 XXXY; 49 XXXXY) (Covic, M, 2004). Cu cât numărul de cromozomi X este mai mare cu atât dismorfia este mai puternică și retardul mintal mai accentuat.

Frecvența este de 1 la 1000 până la 1 la 500 de masculi, sau după alte statistici 2,5 la 1000 de băieți vii.

Frecvența este mai ridicată în rândul deficienților mintal – 1% și la bărbații adulți cu sterilitate – 3%.

Sindromul a fost descris prima dată acum șase decenii și se caracterizează prin modificări morfologice de dezvoltare sexuală și psihică.

Simptome: nu există semne ale acestei afecțiuni până la pubertate. La pubertate, nivelul testosteronului nu mai crește în mod normal (eunucoidism), corespunzător vârstei, de unde pot apărea caracteristici sexuale secundare exprimate minor:

- pilozitate scăzută pubiană, facială pubiană, și axilară;
- musculatură slab dezvoltată;
- slabă dezvoltare a mărului lui Adam;
- vocea nu se îngroașă suficient;
- lărgirea umerilor și a pieptului este minoră sau nedetectabilă;
- ginecomastie (hipertrofie a glandelor mamare);
- o înălțime mai mare decât la ceilalți bărbați din familie;
- poate avea membre inferioare mai lungi, bazinul lat.

Băieții cu sindrom Klinefelter au testicule mai mici decât normal și în general pot fi infertili, iar pentru a procrea se apelează la tehnici speciale de fertilizare. Au penisul mic și suferă uneori de impotență.

Mulți bărbați cu cromozom X în plus nu cunosc acest lucru și duc o viață normală.

Din punct de vedere al dezvoltării psihice, pot apărea abilități reduse în următoarele domenii:

- probleme în dezvoltarea limbajului și un vocabular destul de sărac;
- încetinirea procesului de gândire;
- dificultăți în rezolvarea unor probleme;
- dificultăți în controlul impulsurilor;
- timpul de răspuns la stimul mult mai mare;
- dificultăți în rezolvarea simultană a mai multor sarcini.

Pot apărea și o serie de probleme emoționale:

- comportament rușinos;
- anxietate;
- agresivitate;
- pot avea probleme de integrare socială (probleme la școală, depresie, abuz de alcool sau droguri).

Diagnosticarea acestui sindrom se poate face înainte de naștere prin amniocenteză (puncție transabdominală). Postnatal, în copilărie, pubertate sau în perioada de adult tânăr, printr-un examen clinic amănunțit, prin aflarea istoricului medical al persoanei respective sau prin efectuarea unui test numit „cariotip".

Testele prenatale se fac la recomandarea medicului, atunci când există în familie un istoric al unor afecțiuni genetice sau când vârsta mamei depășește 35 de ani.

Inteligența se apropie de normalitate, fiind situată la limita inferioară a acesteia sau puțin peste.

1% dintre cei cu retard mintal au și sindrom Klinefelter.

Sindromul poate fi descoperit abia la vârsta adultului tânăr, când se caută cauza infertilității. Aproape 3% (adică 10-20% dintre tinerii care apelează la clinicile de infertilitate) dintre tinerii infertili au sindromul Klinefelter. Se efectuează un examen clinic complet, a anamneză riguroasă, o spermogramă, dozări hormonale și cariotipul.

Tratament: ginecomastia și defectele genitale se pot trata chirurgical. Se administrează testoteron (depotestosteron – forma sintetică a testosteronului injectabil – 1/lună) în doze ce trebuie mărite o dată cu înaintarea în vârstă. În urma aplicării tratamentului, ar trebui să se producă dezvoltări psihice și sexuale, inclusiv creșterea părului pubian, a penisului, îngroșarea vocii și creșterea rezistenței mușchilor. Tratamentul poate include și un suport educațional în ceea ce privește dezvoltarea limbajului și o consiliere în privința adaptării sociale.

12. Sindromul Turner sau aplasia gonadică

Acest sindrom este întâlnit numai la femei.

Sindromul a fost descris, prima dată, în anul 1938.

Este o aneuploidie (stare datorată unui număr anormal de cromozomi) ce se caracterizează prin absența sau printr-un deficit sau defect al unui cromozom X.

Frecvența este de 1 la 2500 de nașteri. Incidența în totalul nașterilor este mult mai mare, însă mai puțin de 1% dintre aceste sarcini ajung la termen.

Spre diferență de alte sindroame, în acest caz vârsta părinților nu are nici un rol în incidența sindromului.

Persoanele din această categorie prezintă fața rotundă, urechi late și implantate în partea de jos a craniului, spre gât care este scurt. Este caracterizat, de asemenea, de absența semnelor sexuale. Retard al creșterii intra- și extrauterine, unghii mici și adânc inserate, otită medie la majoritatea acestor subiecți, hipoacuzie secundară, amenoree primară(neapariția menstrei până la 16 ani), subdezvoltare mamară, talie mică etc. Doar 5% din femeile cu acest sindrom au menstră și extrem de rar sau raportat cazuri de fertilitate la aceste persoane.

Înălțimea acestor persoane se încadrează între 130-150 cm, dar se poate câștiga cca. 6-10 cm, dacă se începe tratamentul cu STH înainte de 10 ani (Covic, M.,2004).

Apar malformații cardio-vasculare și tulburări metabolice (hiperglicemia).

Faciesul are un aspect matur, epicantus, fante palpebrale antimongoloide, palat înalt, anomalii dentare, urechi proeminente.

Toracele este în formă de scut cu mameloane îndepărtate. Prezintă scolioză sau cifoscolioză, distrofii osoase (osteoporoză); ca și la hipertelorism, și în sindromul Turner ochii sunt depărtați.

Inteligența poate fi normală sau la limita inferioară a normalului, cu o scădere a percepției spațiale și a capacității de abstractizare (Covic, M., 2004).

Diagnosticare

Diagnosticarea se poate face atât în perioada neonatală, cât și în cea prepubertală.

Analiza citogenetică este decisivă pentru diagnosticarea acestui sindrom. În 50-60% din cazuri, se evidențiază prin cariotip o monosomie X omogenă, restul fiind mozaicuri de diverse tipuri (25%) și monosomii X totale sau parțiale (15%) (Covic, M., 2004).

Monosomia X, în proporție de 50-70%, are origine paternă ca urmare a unei nondisjuncții în meioza tatălui fapt ce va duce la formarea de gameți lipsiți de gonosom (cromozom sexual – X sau Y, care determină sexul).

13. Sindromul Pseudo-Turner

Prezintă caracteristici ce fac legătura cu sindromul descris mai sus. Este întâlnit la băieți. Simptomele sunt aproape identice cu cele ale deficienței Turner clasice, părul este aspru, gura triunghiulară (gură de pește), prezintă strabism.

Deficiența mintală este mai gravă decât în Turnerul clasic.

14. Sindromul X- FRAGIL (mai este denumit și sindromul Martin - Bell)

Este o moștenire genetică, anormală, în sensul că mama este purtătoarea genei și o transmite fiilor săi.

Afectează unul din 1000 sau 2000 de băieți, însă numărul femeilor purtătoare poate fi mult mai mare.

Băieții sunt în special afectați și prezintă un retard mintal între moderat și sever. Și femeile pot fi afectate, însă mult mai rar și cu un grad de afectare minor.

15-20% au şi simptome autiste (contacte cu privirea slabe calitativ, fâlfâit de mâini, bătăi din palme, retard în dezvoltarea vorbirii, abilităţi senzoriale slabe).

Din punct de vedere fizic se caracterizează prin boltă palatină înaltă, strabism, urechi mari, faţă prelungă, slabă tonicitate musculară.

15. Hermafroditismul

Turpin (*apud* Zazzo, 1979) a definit hermafroditismul ca fiind un sindrom al intersexualităţii, ce se caracterizează prin prezenţa la un individ, atât a gonadelor masculine, cât şi a celor feminine, mai mult sau mai puţin anormale, însă întotdeauna nefuncţionale.

16. Hipotiroidismul (poate îmbrăca două forme)

Cretinismul endemic

Este pregnant legat de mediul de viaţă. Apariţia acestuia se datorează existenţei în proporţie insuficientă a iodului în sol sau în apă, ceea ce împiedică producerea hormonului tiroidian cu efecte în dezvoltarea psihică şi cea fizică. Metabolismul este redus şi prezintă imaturitate sexuală.

Cretinismul sporadic

În acest caz, glanda tiroidă, fie rămâne nedezvoltată, fie degenerează şi astfel este afectată dezvoltarea. De asemenea, insuficienţa intelectuală este accentuată.

Indiferent de forma de hipotiroidism, persoanele afectate sunt caracterizate ca fiind scunde, greoaie, cu abdomenul şi craniul proeminente, picioare strâmbe, cu pleoape, buze şi limbă umflate, cu pielea uscată, gălbuie şi rece. Părul este aspru, abdomenul diform cu hernii. Sub aspect psihic, mişcările, mimica şi pantomimica sunt rigide şi sărace. Pot apărea tulburări mentale grave.

În cazul efectuării unui diagnostic timpuriu şi a administrării unor preparate care să regleze activitatea tiroidiană se pot produce ameliorări somatice şi psihice consistente (**Druţu**, 1995).

17. Sindromul ASPERGER (autismul înalt funcţional)

A fost pentru prima dată descris în 1944 de către doctorul german Hans Asperger.

Sindromul se caracterizează printr-o tulburare a dezvoltării în care individul afectat are dificultăţi în înţelegerea modalităţilor de interacţiune socială.

Apar unele manifestări caracteristice autismului (concentrarea anormală asupra propriei persoane, tulburări de comunicare, dificultăţi de concentrare şi interacţiune socială, tendinţa spre rutină).

Nivelul de inteligenţă este normal sau superior normalului.

Frecvenţa este de 3 la 1000 de copii. Este întâlnit mai frecvent la băieţi decât la fete, raportul fiind de 15:1.

Nu se cunoaşte cauza exactă, mulţi autori consideră că este transmis pe cale genetică.

Se mai numeşte şi „sindromul geniilor".

Este plasat de către specialişti în sfera autismului, fiind considerat ca fiind o formă de autism cu înaltă funcţionare.

Se consideră că au un coeficient între normal și geniu (Mozart, Einstein, Marie Curie, Thomas Jefferson).

La fel ca și autismul, se datorează unei configurații diferite a creierului în lobul frontal, în zona responsabilă cu descifrarea expresiei feței umane.

În anul 1999, Frombonne considera că frecvența acestui sindrom este de 1 la 300 de la 1-2 la 10.000 nașteri.

Simptome în timpul copilăriei

Acestea apar o dată cu începerea grădiniței, la interacțiunea cu alți copii:

- incapacitatea de a învăța tehnici de interacțiune socială;
- lipsa unor abilități sociale înnăscute (capacitatea de a citi limbajul trupului);
- îi displace orice schimbare în rutina zilnică;
- lipsa empatiei;
- incapacitatea de a recunoaște modificările subtile în tonul și accentul conversației;
- conversația este lipsită de tonuri, accente și intonații ceea ce îl va face dificil de înțeles;
- poate avea un mod formal de a vorbi, prea avansat comparativ cu vârsta sa;
- poate evita să privească direct în ochii celorlalți;
- poate fi preocupat pentru unul sau câteva lucruri despre care știe foarte multe (de exemplu, rezolvarea de puzzle, proiectarea de case cu extrem de multe detalii, pasiune pentru anatomie etc.);
- nu are capacitatea de a rezona afectiv, indiferent de persoana cu care intră în contact;
- întâmpină dificultăți în a-și face prieteni și în a se implica în activități sociale;
- sunt interesați doar de frânturi ale realității, au capacități extraordinare în anumite domenii, pot să vorbească mult despre subiectul favorit;
- nu pot diferenția sentimentele, nu știu cum este să fii vesel sau supărat și sunt condamnați să trăiască într-o lume fără sentimente;
- învață mecanic aceste sentimente și senzații pentru a ști să reacționeze în diverse situații. Sunt caracterizați de incapacitatea de a simți iubirea și afecțiunea celor din jur și nici nu simt vreo afecțiune față de aceștia. Pot întinde mâna ca un gest reflex, pentru că așa au fost învățați să o facă, fără însă a putea interioriza gestul;
- au probleme, de asemenea, cu reținerea chipurilor umane;
- este posibil să aibă o dezvoltare motorie întârziată (folosirea tacâmurilor, mersul pe bicicletă, prinderea unei mingii);
- scrisul de mână este frecvent deficitar;
- poate să fi extrem de sensibili și să reacționeze exagerat la stimuli puternici (zgomote, lumini, gusturi intense sau texturi aparte, dureri);
- capacitățile mnezice pot fi de multe ori dezvoltate și poate avea abilități aparte în matematică (memorează date, formule și numere de telefon);
- abilități normale, spre avansate, în folosirea limbajului și intelectului.

Simptome în adolescență și adultul tânăr

Majoritatea simptomelor persistă în timpul adolescenței și cu toate că poate să deprindă abilități de interacțiune socială, dificultățile de comunicare rămân.

Sunt deseori imaturi, comparativ cu vârsta biologică, naivi și prea încrezători. În mare parte sunt timizi în abordarea celor de aceeași vârstă. Toate acesta pot conduce la instalarea de depresii și anxietate, izolare și retragere din punct de vedere social.

Simptomele adultului

Afecțiunea fiind prezentă pe toată durata vieții, are tendința de a se stabiliza în timp și uneori se remarcă chiar ameliorări.

Adulții sunt capabili să acumuleze abilități sociale și să învețe cum să reacționeze în societate, în funcție de comportamentul celorlalți.

Mulți dintre ei se căsătoresc și au copii. Majoritatea par fascinați de tehnologie și meserii cea mai aleasă este cea de inginer.

18. Sindromul ANGELMAN sau Sindromul Păpușii fericite

Nu este considerat un subtip de autism, cu toate că manifestă multe din comportamentele caracteristice autismului. În cele mai dese cazuri, diagnosticul secundar este de autism.

În anul 1965, fizicianul englez Harry Angelman a fost primul care a descris un grup de indivizi având aceleași particularități fizice și comportamentale și i-a denumit sindromul Angelman.

La majoritatea acestor indivizi lipsește o mică porțiune a cromozomului 15 (porțiune pe linie maternă).

Simptome: fâlfâitul mâinilor, vorbire absentă sau slabă calitativ, deficit de atenție, hiperactivitate, probleme de somn și de alimentație, retard în dezvoltarea motorie, uneori se mușcă și se trag de păr, sunt foarte afectuoși și sociabili, mersul rigid și mișcările corporale spasmotice (în majoritatea cazurilor). Caracteristicele faciale sunt distincte: gura larg deschisă și zâmbitoare, buza de sus subțire, ochii adânci, peste 50% dintre cazuri au o slabă pigmentare a ochilor, părului și pielii.

Frecvența este de 1 la 25.000 de indivizi.

Aparține deficienței de intelect severe.

Se recomandă terapii comportamentale, terapia vorbirii și terapii ocupaționale.

19. Sindromul RETT

Este o maladie rară, nevindecabilă, care poate apărea în mod progresiv doar la fetițe. Sindromul a fost descoperit în anul 1966, de către Audreas Rett și a fost validat în 1983 de către echipa condusă de Bengt Hagberg, care a completat descrierea bolii și a stabilit criteriile de diagnostic.

Este o boală degenerativă, care apare datorită mutației unei gene Xq28.

După naștere, copilul pare a fi normal până la vârsta de 5 luni. Între 5-48 luni, creșterea copilului se încetinește. Între 5-30 luni, se produce o pierdere a aptitudinilor manuale practice, căpătate anterior și în același timp apar mișcările stereotipe caracteristice ale mâinii (asemănător storsului rufelor ori spălatul pe mâini).

De asemenea, scade interesul pentru ambianța socială în primii ani după debutul tulburării. Apar probleme în coordonarea mersului și mișcărilor trunchiului. Pot apărea tulburări de somn și dificultăți de respirație. Apare și o deteriorare severă în dezvoltarea limbajului expresiv și receptiv. Se asociază cu retardul mintal sever sau profund.

Frecvența este mai mică decât în tulburarea autistă.

Debutează înainte de vârsta de 4 ani, de obicei în primul sau al doilea an de viață.

Tulburarea durează toată viața, iar pierderea aptitudinilor este persistentă și progresivă. Pot fi obținute unele câștiguri evolutive foarte modeste. Dificultățile de comunicare și comportament rămân constante pe toată durata vieții.

Dacă un făt masculin este afectat de această mutație, el nu va putea supraviețui sarcinii.

20. Scleroza tuberoasă a lui Bourneville

Denumirea este dată de neurologul francez Bourneville și provine de la aspectul specific al tumorilor cerebrale în formă de tuberculi de cartofi.

Sunt afectate, în principal, sistemul nervos central (scleroza nervilor și țesutului de susținere), rinichii, inima, plămânii, ochii și pielea.

Boala este ereditară iar durata de viață este dependentă de severitatea afecțiunii, dar în general redusă.

Deteriorarea mintală este progresivă în 70% dintre cazuri.

21. Sindromul Struge-Weber

Prima dată, acest sindrom a fost descris în anul 1879 de către Sturge, pentru ca mai târziu, Weber, în anul 1922, să completeze această descriere.

Pielea prezintă pete roșiatice sau violacee (angiomatoză). Pe meninge și în substanța cerebrală se întâlnesc, de asemenea, afecțiuni vasculare. Acest fapt conduce la crize de epilepsie, afazie, hemipareze, mono-sau hemiplegii.

Sindromul este însoțit de deficiență mintală în grade diferite.

22. Sindromul RUD

Deficiență mintală gravă, iar anormalitatea este evidentă imediat după naștere. Pielea acestor copii este uscată, de culoare galben – cenușiu și prezintă ihtioză (acoperirea cu plăcuțe care cad ușor). Părul crește foarte greu. Sindromul se transmite ereditar și apare frecvent în cazurile de cosanguinitate.

23. Sindromul Marinescu-Stogren

În cazul acestui sindrom, putem vorbi de asocierea unor tulburări psihice, oftalmologice și neurologice.

În primul an de viață, simptomatologia esențială se poate reduce la nistagmus, tulburări de echilibru, mișcări involuntare, tremur intențional, pareze.

Deficiența mintală poate fi ușoară, moderată sau chiar profundă și se manifestă tardiv.

Pot apărea anomalii scheletice, genitale sau oculare care se vor asocia inconstant sindromului.

24. Sindromul make-up Kabuki sau Sindromul Niikawa-Kuroki

Sindromul a fost descris în anii 1980 de către doi medici japonezi care l-au denumit după trăsăturile faciale caracteristice copiilor afectaţi, asemănătoare machiajului actorilor teatrului Kabuki.

Este o afecţiune genetică rară ce se caracterizează prin anomalii scheletice, tulburări intestinale şi urinare, retard mintal, statură mică, scolioză şi afectare cardiacă.

Ochii sunt oblici, cu partea externă a pleoapei superioare arcuită, generând un aspect oriental asupra întregului facis.

Sindromul are diferite grade de gravitate, în cazurile mai puţin severe putându-se achiziţiona mersul şi vorbirea.

25. Sindromul GILLESPIE

Este o afecţiune genetică rară, caracterizată de asocierea anomaliilor cerebrale cu cele oculare.

Sindromul a fost descris în anul 1965.

Persoanele cu acest sindrom prezintă aniridie (absenţa totală sau parţială a irisului), ataxie cerebeloasă (tonus muscular scăzut, dificultăţi de menţinere a echilibrului şi de coordonare a mişcărilor ca urmare a afectării cerebelului) şi deficit mintal.

În urma asocierii acestor anomalii, persoanele respective vor pierde abilităţile de a vorbi clar, de a scrie şi de a merge neajutaţi (mersul ebrios – mers asemănător unei persoane aflate în stare de ebrietate).

26. Sindromul ARAHNODACTILIE

Denumirea sindromului este dată de prezenţa degetelor foarte lungi şi subţiri, atât la mâini, cât şi la picioare. Craniul este îngust, cutia toracică este adâncită, prezintă scolioze şi cifoze, prezintă anomalii congenitale ale inimii şi ale cristalinului.

Deficienţa mintală se remarcă de timpuriu, dar nu este întotdeauna gravă.

Arahnodactilia se regăseşte şi în simptomatologia sindromului descris de Antoine Marfan şi de aceea în multe cazuri cele două se confundă.

27. Sindromul APERT (acroencefalosindactilia)

Orbitele sunt îndepărtate şi orientate oblic în jos. Nasul este mare şi coroiat (ca la papagal). Craniul are formă de turn. Poate apărea lărgirea degetului mare. Anomalii oculare (cataracta, atrofia optică şi nistagmus).

2. SURDO-CECITATEA

Datorită asocierii surdomutităţii cu cecitatea, se produc grave perturbări în existenţa individului, deoarece perceperea lumii înconjurătoare şi comunicarea cu aceasta se restrânge la un număr minim de canale. La orbul surdomut, sunt afectaţi principalii analizatori : văzul, auzul şi cel verbomotor. De aceea, socializarea şi dezvoltarea psihică presupune adoptarea unor programe educaţionale care să valorifice, maximal, analizatorii valizi şi să determine compensarea acestor funcţii specifice analizatorilor afectaţi. În educarea unui copil cu dublu sau triplu handicap, este foarte importantă perioada în care se produce afecţiunea, deoarece un copil polihandicapat din naştere sau la scurt timp

după, nu are reprezentări vizuale şi auditive şi nici deprinderi de vorbire, care să se consolideze în mod obişnuit. Pe de altă parte , survenirea orbirii şi surdităţii, după stocarea unor imagini, face posibilă, prin antrenament şi învăţare, dezvoltarea compensatorie a funcţiilor specifice şi a abilităţilor comunicaţionale.

Deşi de-a lungul timpului au fost propuse mai multe definiţii, în momentul de faţă nu există o definiţie unanim acceptată, însă există 3 categorii de autori care au o viziune diferită asupra gradului de extindere a termenului de surdocecitate.

Prima categorie consideră că termenul ar trebui utilizat din considerente educaţionale pentru desemnarea copiilor ce prezintă deficienţe de auz şi văz congenitale, fără deficienţe asociate.

A doua categorie consideră că termenul ar trebui să cuprindă şi copiii cu deficienţe asociate.

A treia categorie consideră necesar a fi incluşi în termenul de surdocecitate şi copiii care prezintă afecţiuni la nivelul unui singur simţ distal (vedere sau auz) şi deficienţe asociate.

Astfel, persoanele cu surdocecitate au fost împărţite în patru categorii în funcţie de deficienţele prezente:

a. deficienţă de auz şi de vedere congenitale sau cu debut timpuriu;
b. deficienţă de auz congenitală sau cu debut timpuriu şi deficienţă de vedere dobândită;
c. deficienţă de vedere congenitală sau cu debut timpuriu şi deficienţă de auz dobândită;
d. debut târziu al deficienţei de auz şi de vedere.

Fiecare dintre aceste 4 grupe necesită abordări şi metode de predare diferite. Aceste abordări şi metode de instruire pot fi eficiente şi în cazul următoarelor categorii:

- deficienţe multiple, asociate deficienţei de vedere: deficienţă de vedere congenitală sau cu debut timpuriu cu deficienţe asociate cum ar fi dificultăţi de învăţare, dificultăţi de comunicare şi deficienţe motorii;
- deficienţe multiple, asociate deficienţei de auz: deficienţă de auz congenitală sau cu debut timpuriu cu deficienţe asociate, cum ar fi dificultăţi de învăţare severe şi deficienţă motorie.

Factorii

Sunt, în majoritate, aceiaşi ca şi în handicapul de vedere sau de auz, dar au o acţiune mai extinsă , mai profundă şi produc modificări majore de ordin structural şi funcţional (bolile infecto-contagioase, intoxicaţiile, febra tifoidă, rubeola, administrarea în exces a streptomicinei, neomicinei, canamicinei şi traumatismele ce afectează zonele centrale şi periferice ale analizatorilor respectivi, meningitele şi encefalitele).

În surdo-cecitate, deficienţele se pot instala concomitent, dar de cele mai multe ori apare mai întâi una, ca la scurt timp să urmeze şi cealaltă . Este destul de greu să se depisteze, timpuriu, aceste deficienţe. În primii doi ani de viaţă, datorită menţinerii unor resturi auditive sau de vedere, părinţii nu sesizează starea de handicap a copilului sau se amăgesc crezând că este vorba de un fenomen trecător, şi încercând tot felul de tratamente ajung să orienteze copilul spre recuperare educaţională specializată abia pe la 6-7 ani. În cazul în care handicapul survine la preşcolar sau la şcolar, vor apărea tulburări de personalitate grave, dezorientare şi depresie totală la copil, cât şi la părinţi.

Procesul educațional – recuperativ

Se bazează pe posibilitățile de preluare a funcțiilor afective de către analizatorii valizi și dezvoltarea unor capacități prin intermediul acestora, care să facă posibilă umanizarea și comunicarea cu lumea înconjurătoare. Se formează, mai întâi, obișnuințe, pentru satisfacerea normală a trebuințelor biologice și igienice, apoi deprinderi de recepționare a semnalelor din mediu, în vederea raportării la cei din jur. Mai târziu, stimularea reflexului de orientare și elaborarea intereselor de cunoaștere se face prin formarea și menținerea unor reflexe condiționate. După parcurgerea cunoașterii nemijlocite a obiectelor, se trece la elaborarea „imaginilor" și la realizarea unor reprezentări pe baza percepțiilor. Activitatea practică rămâne dominantă pentru semnificația relației organism-mediu. În dezvoltarea capacităților senzorial-perceptive și în organizarea cunoașterii, se respectă legitățile secvențiale de detectare, discriminare, intensificare și interpretare.

Prezența surdo-cecității, survenite la scurt timp după naștere, nu impiedică dezvoltarea capacităților intelective – creative. În acest sens, avem două exemple clare, Helen Keller și Olga Skorohodova, a căror handicap a survenit la 2 și, respectiv, 5 ani, ca urmare a meningitei și care au reușit să absolve o instituție de învățământ superior. Pe lângă proză și poezie, ele au descris și etapele educației speciale, în lucrările: „Memoriile" și respectiv, „Cum percep lumea exterioară", în care au pus în evidență modalitățile de relaționare cu mediul, de percepere a acestuia, contactul cu obiectele, formarea reprezentărilor și imaginilor, a simbolurilor și comunicării verbale etc. La noi, a atins o dezvoltare remarcabilă Vasile Adamescu, care, după absolvirea universității, a devenit unul din cei mai apreciați profesori dintr-o școală de nevăzători din Cluj-Napoca și care reușește să ducă o viață normală.

Este foarte greu pentru părinții unor astfel de copii, deoarece grija exagerată sau respingerea este dublată de faptul că nu știu cum să procedeze cu ei. Astfel, copiii ajung la vârsta școlară fără să posede cele mai elementare deprinderi și fără a-și putea exprima dorințele. În acest caz, este fundamental contactul cu lumea, stabilit cu ajutorul analizatorului tactil. Copilul trebuie să înțeleagă că fiecare lucru are un nume, iar folosirea limbajului presupune și înțelegerea acestuia. Înțelegerea cuvântului, ca simbol al noțiunii, presupune conștientizarea faptului că fiecare obiect sau acțiune sunt reprezentate prin cuvinte, litere sau grafeme.

În activitatea cu copiii orbi-surdo-muți, explorarea mediului înconjurător, prin plimbări și excursii , permite cunoașterea reală a obiectelor, concomitent cu învățarea numelui acestora (educatorul scrie cuvintele în palma copilului). Folosirea gesturilor este importantă, de asemenea, mai ales în cazul în care copilul are o bună capacitate de imitare.

După ce sunt însușite bazele limbajului, se trece la lectură, scris și calcul. Este de înțeles folosirea limbajului Braille și a unor proteze auditive, acolo unde este cazul. Mâna joacă rolul fundamental în recepția stimulilor din mediu și îndeplinește funcția de organ de transmisie cu ajutorul gestului și dactilologiei. Formarea comunicării verbale și a gândirii verbale se bazează pe imaginile constituite prin tact și prin simbolistica gestului și a dactilemului.

În surdo-cecitate, metodologia educațională implică următoarele etape: cunoașterea nemijlocită a lumii înconjurătoare, însușirea gesticulației, formarea

capacităţii de folosire a semnului dactil, formarea deprinderilor de citire şi de scriere, formarea capacităţii de comunicare verbală. Este important, de asemenea, climatul afectiv, atmosfera tonifiantă, stimularea atitudinilor pozitive şi efortul constant.

Mentalitatea, atitudinile manifestate de societate faţă de persoanele handicapate fac parte, nemijlocit, din sistemul de şanse ce li se acordă acestora, pentru dezvoltare şi integrare în mediul ambiant. Acestea aparţin igienei mintale de care, în egală măsură, este interesată ştiinţa şi societatea. C. Enăchescu (1996, pg.190) afirmă că „Acţiunea psihoigienei în problema deficienţilor are câteva aspecte caracteristice, pe care le redăm mai jos: protejarea psihică şi socială a acestora, prin atribuirea unui statut social care respectă demnitatea umană, locul lor în societate , drepturile lor, măsuri privind adaptarea şcolară, profesională, familială şi socială a deficienţilor, măsuri speciale de şcolarizare şi profesionalizare, în raport cu capacităţile de care dispun deficienţii; măsuri de protezare compensatorie a deficienţilor".

Important, **în cadrul procesului de predare-învăţare** la copiii cu surdocecitate este crearea unui mediu propice comunicării.

În acest sens, primul pas îl reprezintă stabilirea unei relaţii de încredere şi motivarea copiilor (conştientizarea la aceştia a necesităţii exprimării dorinţelor).

Comunicarea are ca finalitate învăţarea limbajului semnelor (nu în toate cazurile procesul se realizează cu succes). Insuccesul poate fi datorat:

- unor afecţiuni fizice;
- lipsei unor resturi de vedere (care nu permit dezvoltarea unui vocabular bogat în semne);
- inexistenţa unui potenţial cognitiv necesar utilizării semnelor.

Ca urmare a acestor aspecte, au fost elaborate strategii de comunicare, adaptate nevoilor complexe ale copiilor.

Între copilul cu surdocecitate şi profesor, în general, se creează o relaţie aparte, în sensul că profesorul ajunge să înţeleagă anumite comportamente şi să le traducă ca fiind diferite nevoi ale copilului.

La copiii cu surdocecitate, procesul normal al dezvoltării comunicării eşuează din momentul naşterii. Este indicat în această situaţie, să fie supus copilul imediat la anumite intervenţii medicale, căci altfel, nu se va putea stabili şi menţine contactul vizual cu mama şi nici să reacţioneze la vocea ei.

Copilul cu surdocecitate percepe puţin lumea din jur, existând posibilitatea ca el să perceapă lumea ca fiind înfricoşătoare, plină de sunete şi forme derutante. Resturile de auz şi de vedere nu permit utilizarea indicilor auditivi şi vizuali şi astfel, copilul nu poate fi atenţionat de prezenţa altei persoane, de iminenţa desfăşurării unei activităţi. În acest context, contactul cu celelalte persoane este perceput ca fiind ameninţător.

În funcţie de gravitatea deficienţelor, combinaţia deficienţei de vedere cu cea de auz va avea următoarele efecte:

- limitează interacţiunea (interacţiuni puţine din punct de vedere numeric, perceperea redusă de interacţiune, venite din partea celorlalţi);

- limitează accesul la informaţii (Copilul are acces doar la obiectele personale şi la evenimentele care se desfăşoară în imediata sa apropiere. Posibilităţile de învăţare prin exploatare şi atingere sunt reduse. Înţelegerea asupra lumii este fragmentară, prezentând mai puţine experienţe şi concepte care să-i faciliteze dezvoltarea comunicării);
- limitează capacitatea de atenţie (Capacitatea de concentrare a atenţiei asupra unei jucării, de exemplu, şi în acelaşi timp angajarea într-o conversaţie cu o altă persoană, este extrem de redusă. De exemplu, copilul nu va putea indica un obiect şi în acelaşi timp să-l numească printr-un cuvânt sau semn).

Aceşti copii dezvoltă un repertoriu redus de comportamente şi răspunsuri de comunicare. De exemplu, după ce atinge o jucărie, pentru care manifestă interes, în loc să întindă mâinile spre aceea, devine tăcut şi îşi ţine mâinile încrucişate pentru un anumit timp.

Sintetizând, spunem că la copilul cu surdocecitate:

- exprimarea este neclară;
- abilitatea de a răspunde este redusă;
- atenţia asupra jucăriilor şi jocurilor se realizează cu dificultate;
- motivaţia redusă privind comunicarea: izolare şi retragere din cadrul relaţiilor sociale;
- comportamente agresive prin intermediul cărora exercită control asupra unei lumi ameninţătoare şi imprevizibile.

De multe ori, chiar şi părinţii (sau alte persoane care se ocupă de copil) contribuie neintenţionat la formarea dificultăţilor de comunicare, prin răspunsurile pe care le oferă copilului. Astfel, de multe ori, părinţii consideră dificilă interpretarea semnelor copilului, în timp ajungând să fie descurajaţi, mai ales dacă copilul manifestă o reacţie de respingere sau interes limitat. În acest sens, părinţii preferă să efectueze anumite acţiuni în locul copilului fără a mai avea răbdarea să aştepte răspunsul acestuia. Aşadar, trebuie încurajată, de către părinţi, interacţiunea şi dezvoltat contactul copiilor în cadrul activităţilor.

În concluzie, factorii care influenţează comunicarea copilului cu surdocecitate, sunt:

- efectele directe ale deficienţei senzoriale;
- efectele deficienţei motorii;
- efectele stării de sănătate precare şi a medicaţiei;
- lipsa oportunităţilor de interacţiune;
- lipsa strategiilor interactive;
- lipsa informaţiilor;
- lipsa cunoştinţelor asupra lumii;
- imaginea de sine deficitară;
- comunicarea limitată cu celelalte persoane;
- „a face pentru copil”.

Posibile abordări/strategii pentru înlăturarea factorilor care contribuie la o comunicare deficitară

Dezvoltarea limbajului

Această strategie presupune dezvoltarea deprinderilor şi a motivaţiei de a comunica cu ceilalţi.

Dezvoltarea comunicării la copiii cu surdocecitate nu se poate realiza natural (comportamentul natural al celorlalţi poate provoca frustrare şi nevoia de izolare a copilului). Pentru a înţelege mai bine acest aspect, exemplificăm prin aceea că, aproape întotdeauna, conversaţiile cu copiii în timp ce adultul desfăşoară activităţi simple de genul schimbatul scutecelor sau când copilul face baie, au o contribuţie nesemnificativă la dezvoltarea limbajului (deoarece copilul cu surdocecitate nu va percepe această conversaţie).

Abordările şi strategiile trebuie individualizate.

Stadiile dezvoltării limbajului

1) de la acţiunea directă la limbajul formal

La început, copiii acţionează direct asupra mediului lor. Prind în mână obiectele pe care le doresc sau închid gura când nu doresc să mănânce. Mai târziu, sunt utilizate gesturi sau sunete particulare, atunci când doresc ceva anume.

Urmează o înţelegere a codului formal, prin utilizarea cuvintelor (la început singulare, apoi combinaţii ale acestora).

Limbajul ajunge complex şi convenţional, utilizând mai multe mijloace abstracte de exprimare.

2) de la comportament reflex la comunicarea intenţionată

Acest proces presupune trei etape:

- Răspunsul bebeluşilor, în mod reflex, la stimuli precum foamea sau alte sunete din mediu (prin plâns sau reacţii de tresărire). Aceste reacţii sunt interpretate de către adulţi (prin încercare şi eroare) şi răspund în mod adecvat;
- În primul an de viaţă, copiii încep să deţină control asupra răspunsurilor lor (de exemplu, stau liniştiţi pentru a asculta un sunet interesant), dar nu putem vorbi despre o comunicare intenţionată;
- Spre sfârşitul primului an de viaţă, bebeluşii utilizează vocalizările şi mişcările cu intenţia clară de a comunica.

Pentru profesorii care lucrează cu copii cu surdocecitate este foarte important să cunoască dezvoltarea ontogenetică a limbajului. Obiectivele educaţionale trebuie să ţină seama de etapele dezvoltării normale. Profesorii trebuie să identifice şi să construiască răspunsuri simple şi comportamente particulare (de exemplu, dacă un copil se loveşte când este agitat, acest gest poate fi înlocuit cu lovirea sau atingerea umărului).

Pentru elaborarea unui program de dezvoltare a limbajului şi de evaluarea acestuia, este necesară o echipă formată din: membrii personalului, terapeuţi, profesori de sprijin, părinţi.

Pentru a comunica cu succes, copilul trebuie:
- să dorească ceva;
- să ştie că poate realiza o schimbare;
- să cunoască „codul", adică modalităţile de exprimare a dorinţei sale prin gest, acţiune directă, limbaj mimico-gestual sau vorbire.

Este necesară, aşa cum am mai precizat, crearea unei relaţii de încredere, prin intermediul căreia copilului să ştie că este ascultat şi că va primi un răspuns. Dezvoltarea comunicării şi experimentarea succesului conduc la creşterea stimei de sine a copilului, iar încercările de a comunica vor fi numeroase.

Nu trebuie uitat că aceşti copii cu surdocecitate par să nu dorească nimic, fiind fericiţi în lumea lor. Refuză cu vehemenţă orice experienţă nouă. Toate acestea conduc la o stimă de sine scăzută, în mare parte datorată încercărilor nereuşite în comunicare. Resimte dificultatea învăţării răspunsurilor specifice şi asocierea lor cu finalitatea dorită.

Esenţial este faptul că, dezvoltarea comunicării implică crearea unui mediu lingvistic atât la şcoală, cât şi acasă.

Metode de comunicare utilizate în cazul copiilor cu surdocecitate

1. Comunicarea non-simbolică reprezintă modalităţi directe de comunicare, care nu se bazează pe înţelegerea simbolică.

Cuprinde:

❖ *Răspunsuri reflexe* – cele mai elementare forme de răspuns la stimuli externi (din mediu) sau interni (senzaţii de durere şi de foame). Aceste răspunsuri includ: mişcări de tresărire, nemişcare, retragere, plâns, relaxare, ţipăt, schimbarea tonusului corpului, muşcatul (ca răspuns la o ameninţare percepută).

Prin definiţie, aceste răspunsuri nu pot fi învăţate şi asupra lor copiii nu deţin controlul. Cu toate acestea, ele ajută profesorul în evaluarea a ceea ce copilul conştientizează din mediul său şi oferă indicii importante privind preferinţele copilului (în acest fel, putându-se reduce sursele de stres şi creşterea numărului de experienţe favorabile).

Exemplu: dacă un copil este mai relaxat atunci când i se cântă, profesorul poate lucra separat cu acesta, astfel: să îi cânte 3 cântece cu o structură simplă, în timp ce acesta stă pe genunchii profesorului. Fiecărui cântec trebuie să îi corespundă o mişcare caracteristică. Acest exerciţiu conduce la dezvoltarea abilităţilor de ascultare.

❖ *Semnale* – acestea reprezintă răspunsuri deliberate ale copilului către mediul său şi sunt efectuate cu un anumit scop.

În funcţie de nivelul de control al copilului, acestea includ:
- mişcări ale corpului (cum ar fi retragerea sau apropierea);
- întinderea după un stimul;
- tragerea mâinii adultului;
- ducerea adultului la uşă;
- ridicarea unui obiect;
- lovirea unui adult sau copil;

- vocalizări care indică plăcerea sau disconfortul;
- scuipatul mâncării;
- împingerea unui obiect;
- desfăşurarea sau ridicarea unei activităţi;
- vocalizarea sau ridicarea mâinilor, când adultul nu este atent.

La început, aceste semnale sunt folosite de copil fără intenţia de a comunica. Numai dacă adulţii răspund la acestea în mod consecvent, copiii vor învăţa că semnalele pot produce rezultatul aşteptat şi astfel gradul de intenţionalitate va creşte.

În această etapă, copilul trebuie încurajat să atragă atenţia adultului înainte de transmiterea semnalului. În caz contrar, semnalul poate să nu fie receptat şi aceasta conduce la scăderea motivaţiei copilului pentru comunicare (**D. V. Popovici** şi **Raluca Matei**, 2007).

De exemplu, unui copil îi place în camera de stimulare multi-senzorială, când tubul cu bule de aer este pus în funcţiune. Când acesta nu funcţionează, produce vocalize de supărare şi loveşte tubul cu degetele. La început, acest comportament este întărit de către profesor. Ulterior, când copilul doreşte funcţionarea tubului atinge mâna profesorului.

❖ *Indici obiectuali şi spaţiali*

Aceştia caracterizează rutina structurată a copilului. Asociaţia dintre aceştia şi anumite activităţi permite adultului să utilizeze spaţiul sau obiectul pentru a semnala respectiva activitate (copilul făcând asemenea apel la aceste asocieri).

De exemplu, copilul merge la uşă, sau îşi ia paltonul ceea ce exprimă dorinţa de joacă; copilul stă pe covor şi îşi scoate şosetele, ceea ce reprezintă un indiciu pentru dorinţa de masaj a picioarelor.

Spaţiul şi obiectele trebuie să fie accesibile copilului. Adulţii trebuie să fie pregătiţi să răspundă adecvat cererii copilului.

Obstacole:

- nu întotdeauna organizarea clasei permite desfăşurarea tuturor activităţilor, de exemplu, cum ar fi înotul sau servirea mesei la o altă oră decât cea stabilită; nu se poate face masaj la picioare dacă în orar apare oră de muzică.

Soluţii:

- activitate unu la unu;
- flexibilitatea sistemului şi crearea de oportunităţi pentru alegerile copilului;
- dacă cerinţele copilului nu pot fi îndeplinite, adultul trebuie să depună efort pentru a arăta că mesajele au fost receptate. (De exemplu: un copil cere în jurul unei anumite ore servirea mesei. Profesorul trebuie să îl conducă pentru a vedea că tăvile pentru luarea mesei nu sunt încă pregătite. De aici reiese că mesajul copilului a fost receptat).

2. Comunicarea simbolică reprezintă o etapă importantă și semnificativă deoarece facilitează independența copilului.

- Presupune utilizarea unui obiect, imagine, semn, sau cuvânt separat de evenimentul prezent;
- Prin intermediul ei se poate solicita sau reactualiza ceva ce nu este prezent fizic în acel moment.

❖ *Obiecte de referință*

Acestea sunt utilizate pentru:

- a reactualiza evenimente;
- a numi activități, spații și persoane;
- a indica diferite secvențe ale unei activități;
- a pune întrebări.

Aceste obiecte de referință sunt create în mod deliberat. Acest aspect limitează, fără intenție, deprinderile de comunicare, oferind copilului un vocabular restricționat.

În elaborarea obiectului de referință, profesorii trebuie să țină cont de:

- semnificația pentru copil;
- în primele etape este nevoie de menținerea unei asocieri clare cu activitatea, ca ulterior aceste obiecte să devină foarte abstracte;
- caracteristicile vizuale sau tactile.

Se va ține seama dacă copilul are acces, cu ușurință, la obiectele de referință, dacă copilul poate deosebi un anume obiect de referință de altele aflate în repertoriul său.

- portabilitatea obiectelor.

Se recomandă utilizarea unor obiecte de referință de mărime mică.

- durabilitatea.

Se referă la gradul de rezistență al obiectelor de referință în manipulările repetate ale acestora.

- accesibilitatea.

Se referă la posibilitatea de înlocuire a obiectelor de referință, care în mod inevitabil sunt pierdute sau uitate la locul de desfășurare al unei activități.

❖ *Imagini și pictograme*

Utilizarea acestora se dezvoltă pornind de la utilizarea, de către copil, a obiectelor de referință, atunci când acesta nu este pregătit să treacă la vorbire sau semne.

Avantaje:

- sunt mai simbolice decât obiectele de referință;
- au un grad mai mare de portabilitate și flexibilitate;
- pot fi produse de oricine, cu ajutorul unui creion și al unei hârtii (spre diferență de obiectele diferență care trebuie gândite și create în avans).

Comunicarea simbolică se poate realiza prin intermediul:

a) desenelor;
b) pozelor;
c) simbolurilor Makaton;
d) simbolurilor Compic.

a) Desenele

Acestea sunt asociate puternic cu obiectele de referință stabilite, prin forme și culori corespunzătoare. Pot fi introduse copilului de către adultul care desenează împreună cu el, pornind de la conturul unui obiect sau obiectul de referință. Adultul trebuie să atragă atenția asupra similarităților, evidențiind corespondența dintre obiect și imagine. Mai târziu, profesorul poate pune la dispoziția copilului un set de desene fotocopiate din care acesta să selecteze și să coloreze imaginea adecvată a unui anumit obiect.

b) Pozele/fotografiile

Acestea sunt asociate mai ușor cu obiectele sau activitățile reale decât desenele. Se recomandă antrenarea copilului în realizarea pozei (la început a obiectelor familiare). Înainte de utilizarea acestei metode, profesorul trebuie să se asigure că pozele au semnificație pentru copil. De reținut este faptul că, un material foto mat este mai accesibil, vizual, decât unul lucios. Apariția tehnicii digitale înlătură unele inconveniente privind utilizarea pozelor ca modalități de comunicare (pozele se produc relativ ușor și rapid, putând fi prelucrate chiar și prin adăugare de text).

c) simbolurile Makaton

Reprezintă un sistem de semne. Nu toate semnele sunt accesibile copiilor cu deficiență vizuală, deoarece necesită o diferențiere detaliată. Acest sistem presupune un vocabular limitat.

d) simbolurile Compic

Acestea sunt un sistem australian, în care imaginile sunt oferite pe un CD. Mărimea acestui sistem poate fi variată. Vocabularul este comprehensibil și variabil, cu câteva sute de itemi incluzând mai multe simboluri care sunt adecvate subiecților din cadrul ariei curriculare.

❖ *Simboluri tactile*

Aceste simboluri sunt utilizate, în principal, în cazul copiilor care prezintă deficiență de vedere (și nu se permite utilizarea imaginilor) și care au un vocabular dezvoltat de obiecte de referință. Acești copii au nevoie să-și dezvolte un sistem comprehensibil, care poate fi ușor controlat.

Astfel, se apelează la:

a) utilizarea obiectelor miniaturale;
b) utilizarea diferitelor părți ale obiectelor;
c) utilizarea simbolurilor arbitrare;
d) utilizarea contururilor în relief.

a) În utilizarea obiectelor în miniatură, profesorii trebuie să țină seama că acestea sunt foarte diferite prin natura lor de obiectele reale pe care le reprezintă. De exemplu, un cal de plastic nu are nici o asemănare tactilă cu animalul real sau forma unui autobuz din plastic nu corespund cu părțile autobuzului cu care circulă copilul.

Modul de prezentare a obiectelor individuale reprezintă cheia succesului în aceste domenii.

Obiectele în miniatură sunt utilizate cu succes, dacă:
- copilul are format foarte bine jocul reprezentațional cu obiecte mici;
- limbajul receptiv este suficient dezvoltat pentru a înțelege explicația a ceea ce ele reprezintă.

b) Sunt utilizate părți ale obiectelor pentru exprimarea unei acțiuni . De exemplu, mânerul unei căni reprezintă a bea; o parte din centura de la mașină exprimă dorința de a merge afară

c) realizarea de simboluri arbitrare reprezintă atribuirea de semnificații unor obiecte care nu au legătură cu activitatea pe care ar putea să o traducă aparent.

De exemplu, pentru fiecare zi a săptămânii se alege o textură diferită; diferite forme de material textil pentru diferite activități din orarul copilului.

Această metodă are avantajul că implică memoria copilului și că permite reprezentarea conceptelor abstracte fiind mai facilă trecerea la citit.

e) Utilizarea contururilor în relief presupune utilizarea de produse realizate cu ajutorul termoformului sau cu o tehnologie mai simplă, cum ar fi sfoara.

Limbajul semnelor

Este un limbaj complet, utilizat de un număr mare de copii și adulți.

Pentru copiii cu nevoi mai complexe este nerecomandat să se forțeze utilizarea limbajului semnelor prea devreme.

Când se urmărește introducerea unui semn la un copil cu surdocecitate, trebuie luate în considerare următoarele aspecte:

1. *Nevoile și abilitățile copilului*

Se va ține cont dacă:
- copilul are suficiente resturi de vedere, pentru a realiza diferențierea dintre semne;
- copilul poate utiliza orice indiciu de la labiolectură până la semnul mărit;
- câmpul vizual al copilului permite înțelegerea receptivă a semnelor;
- distanța de efectuare a semnelor este optimă;
- copilul prezintă deprinderi vizuale motorii care să permită urmărirea semnelor utilizate cu o viteză adecvată;
- copilul prezintă un control motric suficient, pentru a efectua semnele în mod clar și cu o viteză rezonabilă.

Dacă o mare parte dintre aceste condiții nu este îndeplinită, profesorul trebuie să amâne introducerea semnelor în comunicare.

2. *Mediul clasei*

Profesorul, care utilizează semne la clasă, trebuie să adapteze mediul pentru a asigura accesul copilului cu surdocecitate la semne. Va trebui să ia în considerare:
- mediul vizual, în special calitatea luminozității;
- aranjarea mobilierului și organizarea activităților: un copil trebuie să poată vedea semnele realizate de profesor, precum și răspunsurile celorlalți colegi;
- rolul cadrelor de sprijin, care pot funcționa ca și interpreți, traducând limbajul utilizat în clasă cu ajutorul semnelor la nivel adecvat.

❖ *Vorbirea*

Trebuie încurajat orice potențial privind dezvoltarea vorbirii, chiar dacă singurul rezultat pozitiv constă în utilizarea și înțelegerea unui număr redus de cuvinte într-un context special.

Copiii cu deficiențe de auz severe trebuie să utilizeze vederea pentru a susține indicii auditivi prin lobiolectură, în timp ce copiii cu deficiență de vedere severă se bazează pe deprinderile de ascultare pentru a dezvolta limbajul oral.

În cazul în care copilul prezintă deficiențe la nivelul simțurilor distale îi va fi dificil să urmărească limbajul vorbit.

Progresul în vorbire presupune, atât înțelegerea, cât și utilizarea.

De multe ori sunt necesare protezele auditive, astfel încât copilul să perceapă intensitatea și înălțimea cuvântului rostit. Nu trebuie uitat că există o perioadă de adaptare a copilului la proteza auditivă (utilizarea protezei pe parcursul unei zile într-un mediu lipsit de factori disturbanți).

Adulții trebuie să asigure igiena protezelor și verificarea bateriilor.

Purtarea protezelor auditive, pentru copil, necesită implicarea unui audiolog și a unui profesor pentru copiii cu deficiențe de auz.

❖ *Limbajul dactil*

Presupune efectuarea cu ajutorul poziției degetelor și a mâinii a fiecărei litere din alfabet, în scopul redării cuvintelor și frazelor (McInnes și Treffry, 1994).

Fiecare limbă are dactileme specifice.

Alfabetul manual specific persoanelor cu surdoccecitate se bazează pe codul vizual cu câteva modificări care permit efectuarea în palma stângă a literelor pentru transmiterea mesajului.

Se utilizează dactilemele pentru susținerea limbajului semnelor, pentru redarea numerelor sau umplerea golurilor din vocabularul semnelor.

Dactilemele necesită memorie secvențială și competență lingvistică.

Este utilizat, în special, pentru copiii care nu prezintă resturi de vedere suficiente pentru utilizarea imaginilor sau semnelor.

Pentru unii copii, acest tip de contact continuu oferă siguranță, ceea ce este la fel de important ca și transmiterea mesajului în sine.

❖ *Utilizarea tehnologiei*

Recentele dezvoltări din domeniul microelectronicii au permis apariția unor tehnici de comunicare sofisticate.

Mijloacele portabile pot fi:

- sub formă de dispozitive active, prin butoane, care pot fi programate pentru a oferi un mesaj oral;
- sub formă de dispozitive cu sisteme complexe de elaborare a mesajelor orale;
- Permit copilului să atragă atenția sau să participe la o activitate de grup (de exemplu, dispozitivul poate spune „bună dimineața” colegilor);
- Oferă copilului un grad semnificativ de independență în comunicare, prin accesarea mesajului.

Copiii care nu prezintă controlul motor necesar efectuării semnelor sau dactilemelor pot opera asupra unui buton sau asupra unei zone a tastaturii.

Aceste dispozitive pot afișa un mesaj scris pe ecran sau pot reda un mesaj oral.

3. AUTISMUL

Termenul a fost formulat de B.Bleuler, la începutul secolului trecut mai exact în anul 1911. El se referea la dereglări secundare de natură psihogenetică pe care le raporta la o categorie definitorie de tulburări primare. Acestea din urmă se regăsesc şi în autism, şi constau în dereglări ale asociaţiilor de idei, întreruperea fluxului ideativ, dereglări de limbaj şi stereotipii, stări de excitaţie puternică, ce alternează cu cele depresive, dereglări neuro-vegetative, secondate de halucinaţii în plan psihic. Mai târziu, conceptul de autism a fost bine conturat şi definit în raport cu alte categorii de handicap, însă este considerat ca fiind controversat în raport cu caracteristicile comportamentale şi manifestarea funcţiilor psihice ce le generează pe parcursul vieţii individului.

Autismul a constituit obiectul de studiu al multor domenii diferite (psihopedagogie specială, psihologie, psihiatrie, pedagogie, psihologie clinică) şi datorită diversităţii etiologice şi a existenţei unor factori nocivi, prezenţi şi în alte handicapuri, ce sunt, adeseori, similari.

În diagnoza autismului, se fac frecvente confuzii şi substituiri cu alte sindroame la fel de puţin delimitate în teorie şi practică, în care sunt prezentate unele manifestări asemănătoare sau chiar comune cu cele din autism. Astfel, termeni ca psihoză infantilă, encefalopatie infantilă, tulburări emoţionale grave, schizofrenie infantilă, oligofrenie, întârziere psihică, copii fără contact, se referă la o arie largă de fenomene , dar nu acoperă starea concretă de autism.

Definiţie

Bleuler defineşte autismul ca fiind o detaşare de la realitate, însoţită de o predominare a vieţii interioare, o repliere totală asupra lumii lăuntrice, un mod de gândire necritic, centrat pe subiectivitate şi rupt de realitate.

Etiologic, termenul de autism provine de la cuvântul „autos", care înseamnă „însuşi" sau „eul propriu", şi de la accepţiunea dată autismului de Leo Kanner, pediatrul american, ca fiind retras şi mulţumit de sine însuşi.

Cu mult înainte, în descrierea autismului de tip Kanner, literatura de specialitate consemnează o serie de date cu privire la comportamentul unor copii ce prezentau o simptomatologie asemănătoare, prin existenţa deficitului de comunicare, de socializare şi de structurare a comportamentelor mature şi armonioase.

În perioada în care a trăit William Shakespeare, se crease mitul copiilor sălbatici. Într-una dintre lucrările sale, „Poveste de iarnă", regele Leontes doreşte moartea noului său născut, dar neavând curajul să comită această crimă îi ordonă lui Antigonus să facă acest lucru în locul lui. Antigonus pledează pentru viaţa copilului, iar regele se înduplecă şi este de acord să fie abandonat în natură, sperând că acesta va fi găsit şi hrănit de vreun animal.

În aceeaşi direcţie, amintim de celebrul caz „Victor – sălbaticul de la Avezron", descoperit în 1799 şi relatat de către doctorul Itard. Istoria reeducării acestui copil şi metodele pedagogice utilizate au planat timp de două sute de ani asupra tehnicilor utilizate în readaptarea copiilor deficienţi. În însemnările doctorului a fost găsit faptul că, Victor nu ar fi dat dovadă de sensibilitate la rece sau la căldură puternică, urechea sa pare

să fi fost foarte selectivă, iar simțul apropierii mult mai viu decât cel al distanței. Notițele doctorului confirmă existența unor similitudini între trăsăturile copilului „sălbatic” și copiii pe care, în prezent, îi considerăm pe baze științifice, a fi autiști.

Edouard Seguin (1846), cercetător francez în acest domeniu al „copiilor bizari”, descrie ceea ce continuă să se numească „idioție”. „Idiotul” lui Seguin are, cu un secol înainte, figura autistului descrisă de Kanner.

Puțin mai târziu, în SUA, apar preocupări privind schizofrenia infantilă, tocmai din nevoia de a găsi în copilărie premisele și formele precoce ale maladiilor adultului.

În aceeași perioadă, pediatrul american Leo Kanner a descris, în1943, autismul pe baza studiului comportamentului a 11 copii, care s-au prezentat la clinica sa cu o combinație de grave deficiențe de vorbire, marcate de anormalități în interacțiunea socială și o înclinație spre comportamente stereotipe, repetitive și ritualistice. Aceștia au fost primii copii diagnosticați cu autism infantil. El consideră că autiștii prezintă un potențial cognitiv bun, cercetările ulterioare, infirmând însă acest lucru.

Leo Kanner, în anul 1943, a făcut posibilă departajarea tranșantă a unui sindrom caracteristic – autismul – de toate celelalte forme de handicap. El evidențiază o serie de trăsături caracteristice, prin care cele mai importante ar fi :

- incapacitatea de a adopta o poziție normală a timpului luării în brațe chiar și în perioada de sugar;
- o exacerbare a memorării mecanice;
- incapacitatea de comunicare verbală;
- incapacitatea utilizării conceptelor abstracte;
- temă și emoții exagerate ;
- incapacitatea imaginativă în activități ludice;
- producerea întârziată a unor manifestări ecolalice;
- crearea impresiei de dezvoltare fizică și intelectuală normală ;
- izolarea și retragerea în sine ;
- atașament nemotivat față de obiectele nesemnificative;
- incapacitatea de a percepe pericolul real;
- apariția și dezvoltarea unor componente cu caracter ritual ;
- exacerbarea unor mișcări și repetarea îndelungată a acestora;
- existența unor răspunsuri paradoxale la stimulii de lumină, de zgomot, de durere etc.;
- prezența unor comportamente stereotipe și repetitive;
- reacții bizare la schimbările din mediul ambiant;
- deficit de comunicare verbală, non-verbală ș.a.

Austriacul Hans Asperger, contemporan cu Kanner, descrie la Viena diferențele existente între ceea ce el denumește o „psihopatie”, realizând un tip de particularitate constituțională a personalității, și o tulburare mentală propriu-zisă. Consemnările sale evidențiază unele competențe paradoxale ale pacienților săi, care, după părerea sa, exploatate adecvat pot fi utile în plan social. Autorul încearcă și o definire a autismului, care, afirmă el, este „o modalitate originală de gândire și de experiență, care poate să conducă la reușite excepționale în cursul vieții”. Pornind de la această definiție, ne ducem cu gândul la faptul că, Asperger a studiat cazuri mai puțin grave decât ale lui Kanner. Cu siguranță, era vorba despre sindromul Asperger care, astăzi este considerat, în clasificările

internaţionale în vigoare, ca fiind o formă de autism atenuat, cu conservarea capacităţilor intelectuale.

Lauretta Bender vorbeşte despre posibilitatea de diagnosticare în copilăria timpurie la sugari. Au fost descrise câteva comportamente specifice:

- înainte de 3 luni suptul este leneş;
- timpul de alăptare este prelungit şi obositor pentru mamă;
- după trei luni, lipsa zâmbetului şi a reacţiei de înviorare;
- indolenţa totală faţă de stimuli verbali;
- lipsa de comunicare prin gesturi sau ţipete;
- sunt tăcuţi şi rezervaţi faţă de persoanele din jur;
- nu se joacă cu obiecte şi cu persoanele din jur;
- se joacă cu mâinile pe care le priveşte cu atenţie încordată;
- între 7-12 luni, nu dă semne că îşi recunoaşte mama.

Kanner descrie autismul infantil ca fiind „incapacitatea copilului de a realiza raporturi normale cu membrii colectivităţii din care face parte" şi precizează următoarele trăsături ca fiind esenţiale:

- Imposibilitatea profundă de a dezvolta relaţii sociale cu părinţii sau adulţii;
- Prezenţa unor tulburări de limbaj, caracteristice, considerate a fi deviaţii de dezvoltare şi înţelegere a limbajului (mutitatea, ecolalia);
- Rezistenţa la stimuli;
- Deficite în construirea de deprinderi bazate pe imitaţie;
- Prezenţa unor comportamente rituale (comportamente stereotipe sau bazate pe tendinţe anormale şi obsesive.

Cea mai utilizată definiţie a autismului este cea publicată în 1944 de către asociaţia Psihiatrică Americană, în Manualul de Diagnostic şi Statistică a Bolilor Mintale (DSM IV). Conform acestei definiţii, pentru a se stabili un diagnostic de autism este necesar ca individul să manifeste un total de şase sau mai multe articole din tabelul criteriilor pentru diagnosticarea autismului. Astfel, vorbim despre:

A. un total de şase (sau mai multe) puncte de la 1), 2) şi 3), cu cel puţin două de la 1) şi câte unul de la 2) şi 3).

1) incapacitatea calitativă de a interacţiona social, manifestată prin cel puţin două articole din următoarele:

- incapacitatea marcantă dea folosi multiple comportamente non-verbale cum ar fi contactul vizual, expresia facială, posturi ale corpului şi gestica pentru adaptarea la interacţiunea socială;
- nereuşita/eşecul de a dezvolta relaţii corespunzătoare cu persoanele din jur;
- lipsa dorinţei spontane de a împărtăşi bucuria, interesele sau realizările cu ceilalţi oameni (de exemplu: obiectele de interes aduse sau arătate cu degetul);
- lipsa reciprocităţii sociale sau emoţionale.

2) **incapacitatea calitativă de a comunica, manifestată prin cel puţin una din următoarele:**
   - întârzierea dezvoltării limbajului vorbit sau lipsa totală a acestuia (neînsoţită de încercarea de a compensa acest lucru prin metode alternative de comunicare, cum ar fi mimica sau gestica);
   - la indivizii cu limbaj corespunzător, incapacitatea evidentă de a iniţia sau susţine o conversaţie cu ceilalţi, folosirea stereotipică şi repetitivă a limbajului sau limbajul idiosincretic;
   - lipsa jocurilor creative spontane şi variate sau a jocurilor sociale imitative, corespunzătoare nivelului de dezvoltare.

3) **Tipare repetitive şi stereotipe, legate de comportament, de interese şi activităţi manifestate prin cel puţin una din următoarele:**
   - Preocuparea exclusivă pentru unul sau mai multe tipare stereotipe şi limitate de interes, care se situează în parametrii anormalului fie prin intensitate, fie prin focalizare;
   - Aderarea aparent inflexibilă la rutină sau ritualuri specifice, non-funcţionale;
   - Manierisme motorii stereotipe şi repetitive (de exemplu: pocnirea sau răsucirea degetelor de la mâini, ori mişcări complexe ale întregului corp).

B. Întârzierile sau funcţionarea anormală în cel puţin unul din următoarele domenii, cu începere înainte de vârsta de 3 ani:

1) Interacţiunea socială;
2) Limbajul folosit în comunicarea socială;
3) Joaca simbolică sau imaginativă.

C. Afecţiunea nu este reprezentată prin tulburarea Rett sau Tulburarea Dezintegrativă a Copilăriei.

Pe baza modelului existent în DSM IV, a fost identificată, de asemenea, o serie de alte criterii de diagnosticare a acestei afecţiuni:

1. ***dificultăţi în stabilirea interacţiunilor sociale:***

1.1. utilizarea cu dificultate a limbajului/comportamentului non-verbal: mimica şi gestica sărace sau absente; voce nepotrivită prin inadaptarea tonului sau a inflexiunilor; manifestarea de comportamente de evitare a privirii celorlalţii; aprecierea distanţei fizice faţă de ceilalţi se realizează cu dificultate;

1.2. dezvoltarea relaţiilor de prietenie cu alţi copii lipseşte sau se realizează dificil: numărul de prieteni este foarte mic sau lipseşte în totalitate; relaţiile se realizează în baza unor interese speciale ale copilului; reuşeşte să lege relaţii de prietenie doar cu adulţii (în special membrii familiei) sau cu copii mai mari; dificultăţi în a respecta regulile jocurilor, în special acele reguli care presupun cooperare, acest fapt conducând la probleme de interacţiune în grup;

1.3. incapacitatea manifestării emoţiilor pozitive: bucuriile, împlinirile sau interesele sunt exprimate cu dificultate; preferă activităţi solitare (privitul la televizor, jocuri de unul singur care nu implică şi alte persoane);

1.4. Incapacitatea de reacţie de reciprocitate, din punct de vedere social şi emoţional: nu-i observă pe ceilalţi şi este indiferent la prezenţa lor; nu îi aude, în sensul că „pare surd"; nu reacţionează la suferinţa celorlalţi şi nu are capacitatea de a îi alina.

2. *dificultăţi de comunicare:*

2.1. foloseşte vorbirea foarte puţin sau chiar deloc: până la vârsta de 2 ani nu pronunţă aproape nici un cuvânt, până la 3 ani nici o propoziţie simplă; dacă vorbeşte, cuvintele sunt utilizate greşit gramatical, iar topica frazei este foarte defectuoasă;

2.2. dificultăţi în întreţinerea unei conversaţii: nu are capacitatea iniţierii unui dialog, menţinerii sau încheierii acestuia; se înregistrează frecvent la aceşti copii tendinţa de a vorbi în continuu, fără a avea nevoie de părerea interlocutorului, putem spune că este chiar „un monolog"; răspunde la întrebări, dacă acestea îi sunt adresate direct; dacă subiectele de discuţie nu intră în domeniul său de interes, vorbeşte cu dificultate şi nici nu comentează pe tema respectivă;

2.3. limbaj repetitiv şi de multe ori fără sens pentru ceilalţi: ecolalia (repetă ceea aude că spun alţii, ceea ce aude de la televizor sau radio, din cărţi, repetarea acestora fiind în momente nepotrivite fără legătură cu contextul respectiv); de multe ori, frazele/sintagmele au înţeles doar pentru el; poate utiliza un limbaj de „mic profesor", adică un limbaj academic şi pedant;

2.4. neadecvarea jocurilor la vârsta cronologică pe care o are: în jocurile simbolice cu jucării scenarii sau sărăcăcioase şi puţine; jucăriile şi obiectele sunt folosite într-o manieră concretă (de exemplu, o banană nu o va folosi niciodată ca telefon; cuburile sau jocul lego nu va fi folosit ca să construiască); jocurile sociale (de exemplu, „podul de piatră") nu îl antrenează şi manifestă faţă de acestea un interes foarte scăzut.

3. domenii de interes restrânse, comportamente şi activităţi repetitive

a. interesul crescut doar pentru anumite subiecte în detrimentul altora; ceea ce îi place nu poate ignora şi nici nu poate trece cu uşurinţă; subiectele de interes sunt neobişnuite vârstei cronologice pe care o are (de exemplu: astrofizica); în cazul subiectelor care fac parte din aria sa de interes, detaliile sunt memorate cu mare uşurinţă;

b. activităţile sunt repetitive şi insistă foarte mult şi nejustificat în a le face exact într-o ordine specifică; nu îi plac schimbările, supărându-se, devenind foarte anxios şi chiar agresiv şi în faţa unor schimbări minore în rutina sa (de exemplu: schimbarea drumului de întoarcere de la şcoală către casă);

c. activităţi motorii repetitive sau ticuri motorii (de exemplu: bate din palme atunci când este bucuros sau supărat);

d. părţi ale obiectelor devin preocupări predominante (de exemplu: ochii păpuşii, uşile sau roţile maşinuţelor); percepe anumite calităţi ale obiectelor cu ajutorul simţurilor (de exemplu, îi place să miroasă anumite obiecte); interes crescut, chiar ataşament pentru obiecte neobişnuite.

Pornind de la definiţia enunţată de DSM IV, diagnosticarea unui copil ca fiind autist, presupune deficienţe în trei mari arii de dezvoltare: interacţiune socială sărăcăcioasă, comunicare deficitară, interese restrânse şi comportamente repetitive. Aşadar, dacă un copil întruneşte cel puţin şase dintre cele douăsprezece simptome prezentate anterior, vorbim despre un copil cu autism. Pentru identificarea fiecărui simptom este nevoie de o analiză atentă a comportamentelor asociate acestora. Se consideră că, pentru a fi autist, un copil trebuie să aibă cel puţin două simptome din domeniul interacţiunii sociale, cel puţin un simptom din cel al comunicării şi cel puţin un simptom, când vorbim despre comportamente repetitive şi arii restrânse de interes.

În ziua de astăzi, se consideră că autismul este cauzat de o disfuncţie fizică, la nivelul cerebral, ce are rădăcini genetice şi nu de problemele emoţionale ale copilului crescut într-un mediu ostil.

Etiologie

Este cunoscut faptul că există deficienţe în funcţionarea cognitivă a autiştilor, ceea ce a condus la explorarea diferenţelor legate de cortexul cerebral. Pornind de la existenţa unor similitudini cognitive şi comportamentale între indivizii cu autism şi cei cu disfuncţii ale lobului frontal, cercetătorii au emis ipoteza conform căreia autismul este rezultatul unor leziuni ale cortexului frontal şi ale structurilor sale colaterale. Dovezi ale anomaliei, în această regiune, nu au fost găsite încă, dar au fost efectuate studii asupra funcţiei corticale, acestea sugerând totuşi implicarea frontală în autism.

A fost detectată o creştere a concentraţiei sangvine a serotoninei la aproximativ 30-40 % dintre persoanele cu autism. A fost luată în discuţie ipoteza că, nu serotonina este responsabilă de diferitele dificultăţi prezente în autism, ci incapacitatea creierului de a distruge o parte a excedentului de substanţe chimice, create în procesul producerii substanţelor de transmitere nervoasă. Se presupunea că aceste substanţe ar fi halucinogene analoage prin structura chimică şi efectele lor cu LSD-ul (di-etil-amida-acidului lisergic). Pentru verificarea acestei ipoteze a fost realizată o serie de studii care au constat în verificarea concentraţiei de bufotenină din urină. Acestea au evidenţiat valori crescute la copiii autişti şi la părinţii acestora, dar acest fapt nedovedind nimic, deoarece bufotenima este produsă atât de creier, cât şi de alte organe ale corpului. Ca urmare a faptului că, se presupunea o legătură între serotonina cerebrală şi LSD, specialiştii au încercat identificarea utilităţii LSD-ului în ameliorarea simptomelor autiste. Au fost obţinute astfel, efecte ameliorative în ceea ce priveşte reactivitatea socială, contactul ochi în ochi. De asemenea, a fost înregistrată şi o diminuare a autostimulării. Din păcate, aceste efecte erau destul de sporadice şi însoţite de reacţii secundare negative, ceea ce a determinat stoparea acestui tip de terapie.

Imposibilitatea precizării cu exactitate în toate cazurile a factorilor etiologici, conduce la concluzia implicării unor cauze care sunt întâlnite şi la alte categorii de

handicap. Printre acestea, enumerăm bolile infecto-contagioase, traumatismele din timpul sarcinii sau al naşterii, cauze ereditare, anomaliile creierului care sunt apreciate că se regăsesc la o treime dintre autişti. Ca urmare a acestor cauze, specialiştii estimează faptul că, tot la o treime dintre autişti prezintă şi alte suferințe, precum meningita, encefalita, hidrocefalia, epilepsia. Din păcate, explicarea specificității autismului este îngreunată tocmai de prezența unor handicapuri asociate cu o natură multifactorială.

Aşadar, nu este ştiinţific şi nici etic să reducem autismul la problemele de transmitere genetică simplă. El trebuie considerat ca fiind o afecţiune multifactorială, în care factorul genetic joacă, în mod sigur, un rol (fie este un factor unic sau un factor favorizant), combinat cu factorii de mediu şi psihologici. În apariţia autismului, pe de-o parte, pot contribui o multitudine de factori de natură genetică, de mediu sau psihologici, iar pe de altă parte, poate interveni un singur factor nociv de o anumită complexitate care antrenează un tablou larg de anomalii în plan structural sau psihologic.

Frecvenţă

S-au făcut multe studii asupra frecvenţei cazurilor de autism. Spre exemplu, în 1964, cu ocazia unui experiment efectuat în Anglia, pe populaţia infantilă, cuprinsă între 8-10 ani, au fost depistaţi 4-5 copii la 10.000, care prezentau semne evidente de autism.

În anul 1987, Ritvo şi Freeman evidenţiau faptul că, sindromul apare la aproximativ 5 din 10.000 de nou născuţi şi este întâlnit de 4-5 ori mai des la bărbaţi decât la femei. Alte studii, făcute în Danemarca şi Marea Britanie (de către Societatea Naţională pentru Copii şi Adulţi Autişti), au confirmat, aproximativ, aceleaşi date.

Un studiu recent, realizat în anul 1999 de către Frombonne pe aproximativ 4.000.000. de copii cu autism din zece ţări, a generat concluzia că, aproape 80% dintre aceştia au şi retard mintal. Acest studiu, prin concluziile sale, a evidenţiat şi faptul că incidenţa autismului este mai mare în rândul băieţilor decât în cel al fetelor (3-4 băieţi ÷ 1 fată). De asemenea, fetele cu autism pot avea, şi handicap mintal într-o proporţie mai mare decât băieţii.

În SUA, s-a înregistrat o creştere a numărului de copii cu autism în cadrul populaţiei normale, de la 2-3 copii la 10.000 de naşteri, în anii '70, până la 6-9 copii la 10.000 de naşteri, în prezent. Acest fapt a condus la o creştere a necesităţii serviciilor educaţionale pentru persoanele cu autism.

Frombonne, bazându-se pe cercetările sale începute în 1987 şi care au durat până în 1999, consideră că raportul este de 7,5 copii la 10.000 de naşteri şi reflectă cel mai bine frecvenţa acestei deficienţe în societatea actuală. Referitor la incidenţa autismului atipic, adică la tulburările dezintegrative ale copilăriei, acelaşi autor consideră că, raportul este de 12,5 copiii la 10.000 de naşteri. Autorul face referire şi la frecvenţa sindromului Asperger, aceasta fiind mult mai mică, aproximativ 1-2 copii la 10.000 de naşteri.

Statisticile recente estimează un număr de 10 autişti la 10.000 de nou născuţi, ceea ce reprezintă o rată aproximativ egală cu cea a indivizilor cu sindrom Down.

Alte cercetări au dovedit faptul că 70-90% dintre indivizii cu autism sunt polihandicapaţi sever (cu precădere handicap mintal), au confirmat concluziile formulate de către Frombonne. De asemenea, boala a fost raportată peste tot în lume, în familii din toate clasele sociale, rasiale şi structurile etnice.

Studiile epidemiologice sugerează existenţa unei componente genetice în autism, riscul apariţiei acestui sindrom fiind ridicat în familiile în care mai există asemenea cazuri. În aproximativ 80% din cazuri, autismul afectează gemenii monozigoţi (univitelini), acest procent scăzând la 30% în cazul falşilor gemeni. Aceste cifre ne sugerează în mod cert prezenţa factorilor genetici şi a celor patologici de mediu. Într-un procent de 8% dintre autişti a fost înregistrat sindromul X fragil, legat de cromozomul X şi asociat retardului mingtal. De asemenea, în familiile care au un copil autist, riscul de a se naşte şi un al doilea variază între 3-7%.

În ţările dezvoltate, frecvenţa autismului este mai mare faţă de ţările sub dezvoltate, ca urmare a mortalităţii infantile sporite în acestea din urmă. O altă cauză a acestei concluzii ar fi aceea că acestor copii cu asemenea handicapuri grave, trebuie să li se asigure o îngrijire medicală specială, pentru a putea supravieţui.

În literatura de specialitate se consideră că autismul are o frecvenţă similară cu cea a surdităţii şi mai mare decât cea a cecităţii. Datele recente consemnează prevalenţa autismului de tip Kanner de 1/20.000 de copii.

Raportată la sexe, frecvenţa este mai mare la băieţi, aproximativ 3 la 1, faţă de fete.

Cercetările nu au putut demonstra transmiterea ereditară şi nici existenţa unui caracter genetic dominat la unul din sexe, dar au confirmat existenţa unui număr mai mare de autişti printre copiii unici la părinţi sau a primilor născuţi.

Teorii în explicarea autismului

1. Teorii psihogenetice

Teoriile psihogenetice datează din ani '50 şi au apărut pe fondul existenţei unor mijloace de investigare ale sistemului nervos. Acestea stipulau faptul că, sindromul autist apare ca urmare a unor anomalii de personalitate ale mamei care nu are capacitatea de a oferi căldura afectivă copilului său în primele săptămâni de viaţă. În 1967, Bruno Bettelheim evidenţiază, în prim plan, relaţia lipsită de afecţiune dintre părinte şi copil. Acesta considera că acest tip de relaţie produce anomalii ale dezvoltării sferelor emoţionale şi cognitive ale copilului, tulburări ale limbajului, anomalii ale percepţiei şi atenţiei, precum şi dificultăţi privind socializarea prin imitarea acţiunilor corporale.

Teoriile psihogenetice au avut la bază o ipoteză formulată în trei moduri:

- posibilitatea ca autismul să se dezvolte doar pe baze psihogene;
- ideea că nu sunt mai mult de două tipuri de autism: şi anume unul ce se asociază cu patologia organică, iar celălalt având la bază factori psihogeni;
- întâmplarea ca la accidentul organic înnăscut să se asocieze un stres patogen în urma cărora să rezulte sindromul autist.

Aceste ipoteze au fost infirmate în mod public, atât de către Kanner, cât şi de către numeroase studii epidemiologice. Aşadar, s-a demonstrat faptul că:

- nu existau diferenţe între părinţii copiilor autişti şi cei ai altora privitor la stilul educativ, la patologia psihoafectivă, la acceptarea copilului sau la modul de relaţionare cu acesta;
- nu esită nici o legătură între vârsta mamei şi naşterea copilului autist;

- ocupația și nivelul intelectual al părinților și nașterea unui copil autist nu au putut fi puse în relație de cauzalitate;
- nașterea unui copil cu autism nu este determinată de bolile psihice ale părinților.

În același sens, o serie de cercetători, precum Creak&Ini, Stroh (1962), considerau că personalitatea și atitudinile părinților nu conduc la comportamentul autist adoptat de copil, acesta nefiind dependent de grija mamei sau condițiile nefavorabile din familie.

Analizele clinice de finețe au condus la identificarea și diferențierea „hospitalismului" (sau consecințele carențelor afective), despre care vorbea Harlow în anii '50 și autismul tradițional. Așadar, când vorbim despre „hospitalism" / carențele afective ne referim la un retard omogen de dezvoltare, spre diferență de cazul autismului unde avea de-a face cu un retard dizarmonic și omogen. Copiii care sunt victime ale carenței afective manifestă stereotipii, dar acestea sunt diferite de cele existente în autism. În același sens, menționăm faptul că acei copiii lipsiți de dragostea, afecțiunea și atenția părinților caută privirea celorlalți și pot să participe ușor la diferite jocuri alături de alții, în vreme ce pentru copiii autiști lucrurile stau exact invers.

2. Teoriile etologice

Etologia studiază comportamentul unam și animal în mediul natural, pune accent pe aspectele obiective ale acestuia și nu acceptă idea existenței unor stări psihice neobservabile.

Privind autismul, faptele etologice pot fi grupate în patru categorii:

a) *disfuncțiile interactive precoce*

Au fost filmate familiile cu copil cu autism în viața lor de zi cu zi, iar analiza acestor filme a surprins faptul că, autismul infantil era precedat de anumite disfuncții interactive precoce. Aceste disfuncții se referă: distorsiuni ale articulării privirii cu motricitatea, dizarmonii ale repartiției tonusului postural, perturbări ale atenției conjugate, modificări ale ritmului angajamentelor cu disincronie, dizarmonii ale interacțiunilor mimice (Mazet, 1990, în Cristina Mureșan, 2004).

b) *defectele comportamentale /de atașament*

În anul 1970, Bowlby evidențiază un aspect important și anume că, acești copii, în momentele de oboseală sau de suferință, nu recurg la consolarea maternă. Cu trei ani mai târziu, în 1973, Szurek definește acest aspect ca fiind "detașare psihotică" și subliniază interesul autistilor pentru obiectele fără viață, ca manifestare a devianței conduitelor de atașament. În același sens, în 1982 Ainsworth introduce conceptul de "evitare anxioasă", care definește un tip de comportament interpretat ca atașament negativ: necăutarea confortului fizic lângă mamă, evitarea privirii, îndepărtarea fizică activă, când copilul este luat în brațe. Pornind de la acestea, a fost lansată ipoteza că, în cazul autismului, atașamentul față de o persoană ar fi înlocuit de un atașament față de calitățile senzoriale ale unui obiect.

c) conflictele motivaţionale

Prezenţa unor sisteme motivaţionale antagonice la copilul autist a fost semnalată, în anul 1983, de către Timbergen. Acesta subliniază că există o relaţie antagonică între dorinţa de explorare a mediului şi frica de stimulări suscitate de această explorare. Astfel, întâlnirea copilului cu un adult se traduce printr-un conflict între dorinţa de apropiere de acesta şi dorinţa de evitare a lui. Comportamentul de evitare ar putea fi legat de teama faţă de adult, din cauza taliei sale mult mai mari decât a copilului şi de semnalele agresive inconştiente pe care adultul le-ar putea emite. În perioada respectivă, s-a propus chiar o tehnică de "îmblânzire" a copilului autist: acesta era lăsat să se apropie de adult, fără ca acesta să pară a-i acorda o atenţie susţinută. În cadrul acestei tehnici, terapeutul încerca să comunice cu copilul despre părinţii lui în termini pozitivi. Adultul, la început, evită contactul vizual cu copilul, respectă obiectul sau colţul favorit al acestuia. Adultul, după mai multe apropieri, începe să iniţieze contacte vizuale cu copilul, în mod gradat şi ludic, şi îşi adaptează comportamentul la răspunsurile copilului. Forma evoluată a acestei tehnici este cunoascută astăzi ca "holding" şi presupune procedee de condiţionare operantă şi de stimulare a comportamentelor materne.

d) abordarea din spate

Soulayrol & colab (1987), în urma analizei şi interpretării realizate pentru fiecare imagine din filmele cu copii autişti au ajuns la concluzia că, spre diferenţă de copiii normali, care se simt în siguranţă printr-o abordare frontală, cei autişti preferă abordarea din spate, aceasta conferindu-le securitate.

3. Teoriile cognitiviste

Aceste teorii au la bază concepţia etiologică a sindromului care se referă la aspectele organogenetice, în defavoarea celor psihogene referitoare la modelele cauzalităţii non lineare şi al efectelor patogene ale anomaliilor interacţionale (**Cristina Mureşan**, 2004).

Au fost identificate patru categorii de teorii cognitiviste:

a. Teoriile perceptive

Au fost formulate trei ipoteze, pornindu-se de la anomaliile perceptive existente în autism:

- prima ipoteză, emisă de către Goldfarb (1956) şi preluată ulterior de Schopler (1965), este denumită şi ipoteza dominanţei simţurilor proximale şi stipulează faptul că autiştii utilizează în mod preferenţial simţurile proximale (tactil, gustativ, olfactiv). Acest fapt, caracteristic primului stadiu de dezvoltare senzorială, nu este depăşit pentru a trece la etapa următoare, în care sunt utilizate simţurile distale. Această ipoteză nu a fost confirmată deoarece, pe de-o parte, nu au putut fi evidenţiate cele două etape ale dezvoltării senzoriale, iar pe de altă parte nu s-a constatat că autistul prezintă anomalii şi la nivelul simţurilor proximale (insensibilitate la frig, cald sau durere);

- cea de-a doua ipoteză, cea a hiperselectivității stimulilor, consideră că autistul reacționează într-o manieră exclusivistă la o parte din mesajul pe care îl primește, acordând atenție anumitor detalii, în detrimentul altor aspecte semnificative ale situației. În urma verificării ipotezei, s-a ajuns la concluzia că, această selectivitate nu reprezintă doar o caracteristică a copiilor cu autism, ea regăsindu-se și în alte tipuri de deficiențe;
- cea de-a treia ipoteză se referă la instabilitatea perceptivă și reclamă faptul că autistul nu este capabil să armonizeze input-urile senzoriale cu output-urile motorii. Este accentuat modelul neobișnuit al mobilității oculare. Cercetările, realizate în vederea verificării acestei ipoteze, nu au permis explicarea performanțelor perceptivo-motrice ale autiștilor.

b. Teoriile hemisfericității

Acest tip de teorii se referă la faptul că autismul este cauzat de unele anomalii ale dominanței cerebrale. Au fost autori care au presupus că, la autiști, dominanța cerebrală este cea dreaptă. Pornind de la această presupunere, Wetherby a subliniat faptul că, modul de achiziție a limbajului de către autiști nu este asemănător cu cel al persoanelor cu emisfera dreaptă izolată (de exemplu, sărăcia achizițiilor sintactice, comparativ cu cele semantice).

c. Teoriile lingvistice

Ipotezele acestei teorii au ținut cont, pe de-o parte de tulburările limbajului și cele ale cogniției copilului autist, iar pe de altă parte, de datele familiale ale acestuia. Studiile au demonstrat faptul că există un factor etiologic ereditar nespecific, care generează autismul. Această concluzie a reieșit din aceea că, frații copiilor cu autism prezintă în mod semnificativ întârzieri în dezvoltarea limbajului, tulburări ale cititului, precum și un coeficient de inteligență verbală scăzut față de cei dintr-un grup de control atent și corespunzător selectat.

3. *Teoriile metareprezentaționale*

Termenul de metareprezentare este definit de către Uta Frith (1987) ca fiind capacitatea de reprezentare a stării mentale a unei persoane într-o situație dată. După părerea acestei autoare, în autism, tulburarea de bază este incapacitatea de metareprezentare.

Hobson consideră că tulburarea metareprezentațională este una secundară, deficitul de comunicare emoțională fiind carența primară. Cercetătorul subliniază, de asemenea, faptul că, această incapacitate de metareprezentare influențează capacitatea de simbolizare a copilului cu autism, deoarece numai prin împărtășirea experiențelor cu ceilalți, copilul poate deveni conștient de existența mai multor puncte de vedere, apropiate între ele, dar totuși diferite cu privire la același obiect, eveniment sau situație.

4. Teoriile psihodinamice

Aceste teorii ale psihanalizei au la bază ipoteze care nu se referă la etiologia autismului, ci la sensul inconștient al simptomelor legate de suferința psihică și de fantasmele de care acesta este atașat.

Analiza autismului, din punct de vedere psihanalitic, a generat trei mari puncte de vedere:

a. punctul de vedere genetic

Conform acestui punct de vedere, autismul este rezultatul unei anomalii în dezvoltarea psihică repetabilă, în termeni de stadii ale dezvoltării. Așadar, din acest punct de vedere se consideră că au existat faze peste care s-a sărit și asupra cărora nu se poate reveni din cauza unor mecanisme active care se opun, numite „mecanisme de menținere". Conduita halucinatorie negativă reprezintă, în cazul autismului, mecanismul principal de menținere, care anulează percepția mamei și a mediului înconjurător. M.Mahler (1968) evidenția două tipuri de autism, primar și secundar, determinate de eșecul fazei simbiotice, imaginea mamei fiind trăită de către copil ca imprevizibilă și extrem de frustrantă.

b. punctul de vedere dinamic

Adepții acestui punct de vedere se bazează pe analiza fenomenelor de transfer și contra-transfer. Modelele metapsihologice propuse de psihanaliștii post-kleinieni s-au axat, în principal, pe clivajul sinelui, bidimensionalitatea relației obiectuale și identificarea adezivă. Conform modelului pozițiilor schizo-paranoide și depresive, descrise de Klein, bebelușul ar evita stimulii prea violenți pe care nu îi poate integra. Așadar, caracteristicile acestei poziții sunt: organizarea gândirii prin contiguitate, fără formarea simbolurilor, statutul obiectului ca cel al unui obiect parțial, bidimensional, natura relației obiectuale, caracterizată, în plan patologic, prin obiectul autist, iar în paln normal prin obiectul narcisic.

c. punctul de vedere structural

Adepții acestui punct de vedere considerau că, la subiectul autist există unele discontinuități topologice sub forma unor găuri care conduc la întreruperea continuității dintre subiect și obiect. Cealaltă persoană, pentru autist, se reduce la o absență, nu există, nu funcționează ca un loc de înscriere semnificativă.

5. Teoriile comportamentale

Aceste teorii implică componente de ordin psihologic și consideră că autismul infantil ia naștere din cauza unui șir de comportamente învățate, care se formează în urma unor serii întregi de recompense și pedepse. Comportamentele se mențin ca urmare a utilizării acelorași recompense și pedepse, care se repetă în situații relativ asemănătoare sau percepute de copil ca fiind similare. Crizele de furie și autostimulările se produc și se consolidează prin menținerea recompenselor și pedepselor și ajung să devină un fel de necesitate al manifestărilor. La baza acestor simptome stau, de cele mai multe ori, dezechilibre în structura psihică și de viață a părinților, intervenții neadecvate în educarea copiilor. De asemenea, existența unor anomalii la copii pot fi exacerbate de atitudinea și comportamentul patologic al părinților.

Sunt invocate, în paralel, și alte cauze, cum ar fi:

- bolile infecto-contagioase;
- traumatismele din timpul sarcinii și ale nașterii;

- cauze ereditare;
- anomalii ale creierului;
- existența hidrocefaliei, a epilepsiei ş.a.

6. Teoriile organice

Conform acestor teorii, autismul apare ca urmare a unor disfuncții organice de natură biochimică sau de dezvoltare structurală insuficientă a creierului, conducând astfel la imposibilitatea atingerii unor parametri ai normalității psihice.

Adepții acestor teorii subliniază existența, la autişti, a unor dificultăți perceptuale ale atenției precum şi a unui proces de învățare defectuos.

Limita acestor teorii constă în aceea că, nu precizează în ce măsură implicarea organică este de origine genetică sau traumatică, ceea ce creează un anumit grad de nesiguranță ştiințifică.

Disfuncțiile organice cele mai importante, surprinse de acest tip de teorii, sunt următoarele: afecțiunile creierului, anomaliile genetice, leziunile subcorticale, disfuncția sistemului vestibular, anomaliile sistemului reticulat, întârzieri ale maturizării, anomalii electroencefalografice (explorările electrofiziologice au relevat existența acestora la mai mult de 75% dintre cazuri). Post-mortem, a fost realizată o serie de studii asupra unor persoane cu autism, care au evidențiat alterări ale dimensiunilor neuronale şi ale microarhitecturii circuitelor sistemului limbic.

Simptomatologie în recunoaşterea autismului

După cum am văzut, din punct de vedere simptomatologic, paleta acestora este foarte extinsă. Sintetic, ele pot fi grupate astfel (**Verza E.**, 1998) :

1. Dificultăți de limbaj şi comunicare ;
2. Discontinuitate în dezvoltare şi învățare ;
3. Deficiențe perceptuale şi relaționale ;
4. Tulburări acționale şi comportamentale ;
5. Disfuncționalități ale proceselor, însuşirilor şi funcțiilor psihice.

1. Disfuncționalitățile de limbaj şi comunicare

Sunt deosebit de pronunțate şi se manifestă, de timpuriu, prin slabul interes in achiziția limbajului. Autiştii nu răspund la comenzile verbale şi pot prezenta o reacție întârziată în apelul numelui lor. Vorbirea se însuşeşte cu o întârziere mare, față de normal şi se menține o pronunțe defectuoasă aproape în toate împrejurările. La 5 ani, pot repeta unele sunete şi silabe, iar după însuşirea relativă a limbajului, autiştii au tendința de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătură sau de a substitui un cuvânt cu altul apropiat, ca semnificație sau utilitate (lingură cu furculiță sau mamă cu tată).

Fenomenul ecolalic este evident şi dă impresia unui ecou prin repetarea sfârşitului de cuvânt sau de propoziție. Vorbirea este economicoasă şi lipsită de intonație, vocabularul este sărac, iar tulburările de voce sunt frecvente. Comunicarea nonverbală este şi ea deficitară. Propozițiile formulate sunt, adeseori, bizare. Când învață o propoziție, are tendința de a o repeta la nesfârşit.

2. Discontinuitatea în dezvoltare şi învăţare

Rezultă din faptul că autistul este incapabil de a număra, dar manifestă abilităţi în realizarea operaţiei de înmulţire, manifestă dificultăţi în învăţarea literelor, dar învaţă cu uşurinţă cifrele.

Ei se orientează bine în spaţiu , dar manifestă stereotipii în formularea unor comportamente cognitive, caracteristică ce se accentuează şi prin lipsa de interes pentru achiziţia unor informaţii noi.

3. Deficienţele perceptuale şi relaţionale

Au o mare diversitate şi pot fi sesizate încă de la naşterea copilului autist. Acesta este plângăcios , agitat, în majoritatea timpului, agitaţie însoţită de ţipete sau, dimpotrivă, este inhibat, fără interes şi fără dorinţă de a cunoaşte lumea înconjurătoare. Unii autişti manifestă o adevărată fascinaţie pentru lumină sau pentru un obiect strălucitor. Alţii nu percep elementele componente ale obiectelor. Unii trăiesc o adevărată plăcere pentru tact şi pipăirea obiectelor, în timp ce alţii au reacţii negative la atingerea obiectelor. În primul caz, se pot ataşa, nejustificat, de unele obiecte fără semnificaţie sau manipulează un timp îndelungat un obiect. Ei pot deveni violenţi, fiind deranjaţi de zgomotul produs la căderea unei gume, dar nu manifestă nici o reacţie la un zgomot deosebit de puternic (aberaţii perceptuale şi de relaţionare). Unora le place muzica, simt ritmul, manifestă chiar abilităţi în a cânta la instrumente muzicale.

Autiştii sunt incapabili să utilizeze pronumele personal, la persoana I.

4. Tulburările acţionale şi comportamentale

Sunt cele mai spectaculoase atât prin amploare, cât şi prin complexitatea lor. Acţiunile şi comportamentele acestor persoane au un caracter bizar şi stereotip. Dintre acestea, se remarcă acţiunea de automutilare sau autodistrugere, când autistul produce acţiuni până la epuizare sau până la distrugerea unor părţi ale corpului (autolovirea cu pumnul, cu un obiect sau lovirea cu capul de perete). Pe aceleaşi coordonate, se înscrie şi autostimularea ce se manifestă pe mai multe căi:

- kinestezică (legănatul înainte şi înapoi, frecarea lobului urechii cu mâna);
- tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei, zgârierea cu unghia a ceva tare;
- auditivă (plesnitul din limbă sau emiterea neîncetată a unui sunet ;
- vizuală (învârtirea unui obiect strălucitor în faţa ochilor sau privirea neîncetată a degetelor).

Alte acţiuni stereotipice :

- rotirea braţelor, ca şi când ar fi pe scripete;
- învârtirea pe loc fără să ameţească;
- mersul pe vârfuri, şi uneori, chiar cu mişcări graţioase.

Alte curiozităţi se manifestă printr-o nevoie redusă de somn, reacţii diminuate la durere şi frig, modificarea frecventă a dispoziţiilor, fără o cauză corespunzătoare.

Toate aceste fenomene sunt mai active în copilărie. S-a constatat că între 2-5 ani, comportamentul tipic autist este cel mai evident.

5. Disfuncţiile proceselor, însuşirilor şi funcţiilor psihice se pot întâlni în oricare palier, dar planul afectiv-motivaţional este cel mai activ şi transpare, mai cu

seamă, din lipsa de interes a autiştilor pentru contactul social şi faţă de trăirile celor din jur (unii se ataşează exagerat, faţă de obiecte fără semnificaţii, alţii manifestă o frică patologică pentru lucruri obişnuite, dar nu realizează adevăratele pericole).

Deşi autiştii nu ştiu să mintă, ei lasă impresia că ascund ceva, datorită faptului că nu privesc în faţă persoanele din jur. Comportamentele penibile sunt şi ele prezente sub forma lipsei de jenă a autistului: mănâncă de pe jos sau se şterge pe mâini de părul sau de blana cuiva, face observaţii penibile, se plimbă întotdeauna pe acelaşi traseu etc.

Afectivitatea e caracterizată de imaturitate, ca în handicapul de intelect. Ei nu stabilesc contactele afective, decât foarte rar şi fără atitudini pozitive constante faţă de persoanele apropiate. Au tendinţa de izolare, de închidere în eul propriu.

Unii trăiesc stări de frustrare, anxietate şi hiperexcitabilitate, de unde şi posibilitatea de a căpăta anumite fobii.

Jocul autistului demonstrează, şi el, nivelul scăzut al dezvoltării psihice. Acesta este asemănător cu cel al sugarului, ca în cazul manipulării obiectelor cu degetele, fără capacitatea de a acorda simbolul jucăriei sau de a-şi propune un scop pentru finalizarea acţiunii.

Şi din aceasta, rezultă că de multe ori autismul se asociază cu formele deficienţei mintale severe.

Memoria mecanică este relativ bună, şi în unele cazuri chiar exacerbată , dar ea se dezvoltă în detrimentul celei logice. Astfel, sunt capabili să-şi reamintească şi să reproducă expresii verbale, auzite în diverse împrejurări, poezii, să recunoască melodii, încăperi în care au mai fost cu ani în urmă. Toate aceste caracteristici au efecte negative în planul personalităţii şi al evoluţiei în dezvoltarea psihică generală.

Din cele prezentate anterior, reiese că, în cazul fiecărei categorii de handicap, sunt anumite posibilităţi de integrare şcolară şi profesională ca momente semnificative ale asigurării şanselor egale la educaţie şi a creşterii potenţialului adaptativ la viaţa comunitară. Deşi, subiecţii cu polihandicap, prezintă unele deficienţe, din acest punct de vedere, ei, totuşi, pot fi antrenaţi într-un astfel de proces şi pot realiza unele progrese ce sunt mai mult dependente de măiestria didactică şi de calificarea profesională a cadrului didactic.

Diagnosticarea autismului

Autismul este una dintre cele cinci tulburări globale de dezvoltare. Toate aceste sunt definite ca sindroame (PDD – Pervasive Developmental Disorders).

Termenul de „pervasive" a fost ales pentru a descrie grupul tulburărilor comportamentale cu dificultăţi în multiple arii de dezvoltare, ce generează un complex de caracteristici şi trăsături.

În ceea ce priveşte diagnosticarea timpurie a autismului, aceasta este oarecum facilă în cazul în care s-a avut de-a face cu astfel de copii, însă autismul atipic este foarte greu de diagnosticat.

Simptomele diferă de la un copil la altul, însă majoritatea prezintă tulburări ale comportamentului social.

Cu cât copilul este mai mic, cu atât se poate efectua un diagnostic corect chiar şi de către medici.

Majoritatea părinţilor observă anumite anomalii în comportamentul copiilor lor în jurul vârstei de 1,5 - 2 ani.

În ceea ce-i priveşte pe bebeluşi, există câteva simptome care ar putea produce îngrijorarea părinţilor:

- sunt cuminţi şi pasivi sau din contră iritabili şi nervoşi;
- contactul vizual aproape că nu există;
- nu răspund la stimuli din exterior.

Vorbirea şi limbajul, întârziate, reprezintă simptome ce provoacă un prim semn de întrebare pentru părinţi. Părinţii observă că, în toate cazurile, copilul nu răspunde la nume şi uneori pare surd. Copiilor autişti nu le face plăcere să comunice şi nici să-i asculte pe adulţi.

Ei pot fi hipersensibili la anumite zgomote făcute de obiecte.

Arătarea cu degetul, ca mod fundamental de comunicare la vârsta de 1 an, lipseşte la copilul autist care poate să îşi însuşească acest gest la 15 luni pentru ca apoi la 18 luni să nu-l mai folosească.

Un alt motiv de îngrijorare este lipsa jocului, nu sunt interesaţi de jucării şi preferă să se joace singuri fără să caute atenţia celor din jur. Jocurile sunt mereu aceleaşi, iar jucăriile noi sunt privite cu dezinteres sau chiar le provoacă anumite crize. Părinţii se simt ignoraţi şi spun că aceşti copii sunt în lumea lor şi că nu ştiu să se joace.

Un prim pas în diagnosticul timpuriu este recunoaşterea, de către părinţi, că bebeluşul este diferit de restul copiilor de aceeaşi vârstă.

În acest context, în literatura de specialitate se subliniază că poate fi desprinsă o serie de simptome de natură psihiatrică pe baza cărora evaluarea timpurie a copilului autist devine mai riguroasă şi mai precisă. O astfel de evaluare cunoscută sub denumirea de diagnoză britanică, datează încă din anii '60 când psihiatrii britanici stabilesc nouă elemente definitorii în stabilirea diagnosticului de autism pe care le redăm după **D.V. Popovici şi Raluca Matei** (2007):

1. Puternică şi susţinută incapacitate de stabilire a unor relaţii emoţionale cu ceilalţi oameni:
   - singurătate profundă a subiectului;
   - dificultăţi în joc şi în colaborarea cu ceilalţi copii;
   - comportare anormală faţă de ceilalţi membri ai societăţii.
2. Lipsa conştientizării identităţii propriei persoane:
   - comportare anormală faţă de sine (se referă la explorarea sau privirea îndelungată a unor părţi din propriul corp)
3. Existenţa unor preocupări patologice faţă de obiectele particulare şi caracteristicile lor, dar fără conştientizarea funcţiilor generale.
4. Prezenţa unei împotriviri susţinute la orice schimbări de mediu şi încercarea de a restructura situaţii asemănătoare cu cele deja cunoscute, care duc la instaurarea unei monotonii perceptive.
5. Existenţa unor experienţe perceptive anormale, explicabilă prin prezenţa unor răspunsuri excesive sau diminuate şi imprevizibile la stimuli sezoriali. Acestea se concretizează prin evitarea unor experienţe auditive sau vizuale.

Persistența unei anxietăți excesive și aparent inexplicabile

Această anxietate se accentuează când:

- apar schimbări în mediul înconjurător;
- apar schimbări în obiceiuri (habitudinale) instaurate;
- apar schimbări în atașamentul persoanelor din jur.

Există posibilitatea ca obiectelor sau fenomenelor obișnuite să li se atribuie calități înspăimântătoare.

Se poate manifesta lipsă de teamă în fața unui pericol evident (de exemplu, foc):

a. *Absența vorbirii sau prezența unor întârzieri în dezvoltarea acesteia sau imposibilitatea depășirii unui anumit nivel în dezvoltarea comunicării.*
- apariția unor confuzii în utilizarea pronumelui personal;
- ecolalie;
- manierisme;
- apariția unor fraze și cuvinte care nu corespund utilizării frecvente în comunicarea obișnuită.

b. *Prezența unor distorsiuni ale schemelor motorii cu:*
- elemente de hiperkinezie;
- elemente de imibilitate specifice catatoniei;
- posturi bizarre;
- manierisme rituale (învârtirea sau legănarea unor obiecte sau a propriei persoane).

c. *Persistența unui fond de serioase întârzieri în dezvoltarea funcțiilor psihice în cadrul căreia pot exista funcții sau deprinderi dezvoltate normal sau peste medie.*

S-a remarcat o serie de cercetători care au contribuit la diagnosticarea autismului, printre aceștia îl amintim pe M. Rutter care consideră că pentru simptomatologia autismului sunt definitorii trei elemente:

- incapacitatea de relaționare socială;
- imposibilitatea utilizării pronumelui personal la persoana I;
- existența unor aspecte rituale și compulsive.

Pe de altă parte, Condow consideră că, principala caracteristică a autiștilor este răspunsul repetat al acestora la un singur semnal, ca un ecou la semnalul respectiv.

În același sens, M. K. Demyer subliniază la autiști capacitatea redusă în înțelegerea și raportarea la complexitatea existenței.

Tratarea persoanelor cu autism presupune o evaluare inițială foarte minuțioasă a acestora. Evaluarea se realizează de către o echipă multidisciplinară (medic, psiholog, logoped, consultant în educație, psihiatru).

Scopul tratamentului este acela de a facilita dezvoltarea socială și a limbajului, scăderea problemelor comportamentale (exemplu: agresivitatea, hiperactivitatea, comportamentul ritualistic), dezvoltarea aptitudinilor pentru funcționarea independentă, ajutorarea familiei autistului să facă față bolii.

Este necesară elaborarea unui program de recuperare pentru fiecare autist în parte. Se începe cu elementele generale ale diagnosticului autismului:

- o dezvoltare neobișnuită a comunicării verbale și nonverbale;
- o dezvoltare a unor comportamente sociale neobișnuite;

- se studiază caracteristicile activităţilor repetitive şi aspectele legate de rezistenţa la schimbare;
- nu se ia în considerare valoarea coeficientului de inteligenţă.

Stabilirea diagnosticului diferenţial este necesară pentru a nu se confunda autismul cu copilul normal, cu dezvoltare lentă sau cu întârziere în dezvoltarea limbajului, cum este cazul debililor şi surzilor.

Examenul psihologic al copilului cu autism reprezintă un demers complex şi destul de dificil, ale cărui aspecte practice, tehnice şi clinice au un statut specific.

În cadrul evaluării, se urmăresc capacităţile cognitive şi comportamentul, deoarece acestea permit precizarea diagnosticului şi reprezintă bazele unor indicaţii terapeutice.

Datorită caracteristicilor comportamentului copiilor cu autism, metodele de examinare standardizate sunt dificil de utilizat.

Precizăm, de asemenea, faptul că, evaluarea trebuie să ia în considerare antecedentele copilului, fiind aşadar necesară o metodologie multiplă de cercetare a fiecărui caz.

Există teste care permit stabilirea diagnosticului de autism:

- C.A.R.S. (CHILHOOD AUTISM RATING SCALE), elaborată la Universitatea din Carolina de Nord – SUA;
- SCALA BRETONNEAU elaborată de Lelord de la Universitatea TOURS – Franţa;
- P.E.P. (PROFIL EDUCATIF PSIHOLOGIQUOE);
- CHAT (The Checklist for Autism in Toddlers) – este utilizat de medicii primari pentru detectarea autismului la copiii de 18 luni;
- ADI (The Autism Diagnostic Interview) şi algoritmul de diagnosticare care îl acompaniază – este utilizat pentru copiii de doi ani.

Aceste teste permit înregistrarea, în mod obiectiv şi concret, a unor comportamente ale subiecţilor în situaţii concrete şi reale.

Diferenţa între scale şi teste este aceea că scalele nu necesită participarea subiectului examinat (care în cazul autistului este adesea greu de realizat). Scalele se bazează pe observare, şi pe lângă observator mai pot ajuta şi persoanele care cunosc bine subiectul. Permit măsurarea intensităţii unui comportament sau a simptomelor, la un moment dat. Scalele sunt probe complexe şi conţin procedee ce permit înregistrarea şi cuantificarea informaţiilor obţinute.

Se pot prezenta sub diverse forme: chestionare; liste de simptome, care trebuie scoase în evidenţă (checklist); inventare; scale de apreciere.

Scalele de evaluare trebuie diferenţiate de testele psihologice de performanţă şi de testele de personalitate, deoarece acestea din urmă presupun un material şi o anumită standardizare a rezultatelor.

Scalele de evaluare, numite şi de diagnostic, sunt destinate includerii unui individ într-o anumită categorie nosologică (de exemplu, au ca scop depistarea subiecţilor cu diverse handicapuri, tulburări de dezvoltare sau de învăţare).

Sistemele evaluării clinice (scale, chestionare etc) au ca punct de plecare listele simptomelor comportamentale şi permit măsurarea acestora prin aprecierea diferitelor grade de intensitate sau frecvenţa cu care se manifestă.

Recuperare şi terapie în autism

Având în vedere înaltul grad de complexitate al autismului, ce duce la afectarea tuturor palierelor psihice şi comportamentale ale subiectului, intervenţiile recuperative sunt, în genere, limitate şi deosebit de dificile pentru realizarea unor progrese imediate. Totuşi, se pot obţine unele rezultate pozitive pe linia dezvoltării psihice şi mai ales pe direcţia formării unor comportamente adaptative. Astfel, intervenţia recuperativă are la bază utilizarea terapiilor de relaxare, de susţinere şi a celor comportamentale (la care ne-am referit şi în alte paragrafe din text). Învăţarea unor comportamente, prin exerciţiu şi repetarea constantă a situaţiilor de învăţare, se dovedeşte cea mai eficientă pentru subiectul autist. Exemplul personal al celor din jur constituie un bun prilej pentru imitarea şi adoptarea unor forme de conduite normale. Desigur, sunt şi alte forme recuperative ce pot fi adoptate, cum ar fi terapia ocupaţională, prin muncă, desen, muzică, dans, modelaj, colaj etc., ce constituie modalităţi eficiente pentru dezvoltarea motivaţiei în activitate, pentru formarea unor deprinderi de stăpânire de sine, de reglare a echilibrului dintre excitaţie şi inhibiţie, de disciplinare şi corelare a conduitelor cu cei din jur ş.a..

Rezultă că educatorii dispun de o largă paletă de mijloace pe baza cărora pot interveni şi contribui la recuperarea persoanei autiste.

PECS – Pictures Exchange Communication System (comunicarea cu ajutorul pictogramelor)

Este interesantă sinteza făcută acestei metode de Daniela Cucuruz (2004) şi verificată pe unele cazuri la care s-au obţinut rezultate pozitive. Aşa cum precizează autoarea, în esenţă, terapia PECS este o metodă de comunicare folosită, atât în SUA, cât şi în Europa, ce nu necesită materiale costisitoare, teste laborioase sau personal calificat. Poate fi folosită în diferite locuri, acasă, la şcoală, în oraş, în magazine etc.

Iniţial, PECS a fost conceput pentru copiii preşcolari cu autism şi alte deficienţe sociale şi de comunicare. Ulterior, a fost modificat şi dezvoltat, iar în prezent este folosit pentru persoanele de toate vârstele care manifestă o gamă largă de deficienţe de comunicare. Metoda a fost concepută în cadrul programului pentru autişti Delaware, ca răspuns la dificultăţile apărute în proiectele pentru dezvoltarea comunicării.

Copiii care folosesc PECS sunt învăţaţi să ofere imaginea obiectului dorit unui partener de comunicare în schimbul acelui obiect. Foarte mulţi copii au învăţat primul pas prin metoda PECS de la prima încercare, iar cel mai greu s-a învăţat primul pas din şapte încercări.

Un alt avantaj al acestui sistem a fost numărul mare de copii care au început să vorbească după un an sau doi de la începerea PECS, mai ales aceea care foloseau între 30 şi 100 imagini şi care au început să vorbească în timp ce foloseau imaginile.

Prin PECS, copiii cu autism pot învăţa faptul că sunt ajutaţi şi că se pot baza pe ceilalţi oameni care înţeleg şi răspund cerinţelor lor. Făcându-se înţeles, copilul devine mai puţin agresiv şi mai comunicativ, metoda având efecte puternice asupra comportamentului copilului acasă şi în colectivitate.

Sistemul este foarte atractiv pentru copiii care devin motivaţi să înveţe PECS, deoarece prin această metodă se fac mai uşor înţeleşi şi obţin ceea ce doresc.

Cum se lucrează

Este nevoie de o placă de comunicare de mărimea unei foi A4, care este confecționată din plastic. Este nevoie și de simboluri de comunicare care să redea cât mai exact obiectul care-l reprezintă (desenele obiectelor, acțiunilor sau chiar fotografii ale acestora). Există site-uri pe internet de unde se pot descărca asemenea imagini și apoi se pot plastifia pentru a fi protejate.

Primele simboluri, care vor fi introduse, trebuie legate de preferințele alimentare sau jucăriile preferate ale copilului. În această fază, este nevoie de doi adulți care vor sta unul în fața copilului având obiectul preferat dar și simbolul și celălalt în spatele copilului. Nu se folosesc comenzi verbale („dă imaginea!", „ce vrei?"). Se poate lucra cu mai multe elemente, dar acestea se prezintă pe rând.

Faza I

Obiectul îndrăgit este prezentat copilului, iar imaginea lui este așezată pe masă, între copil și obiect. Adultul din spatele copilului ia mâna acestuia și ridică împreună cu el imaginea apoi o pune în palma deschisă a celuilalt adult. În momentul în care imaginea atinge mâna adultului din fața copilului, acesta îl recompensează spunând „vrei mașinuța?" (obiectul din imagine) și îi dă obiectul în acel moment. Copilul este lăsat să se joace câteva secunde cu obiectul respectiv sau să mănânce bomboana, după care se repetă această operație de cinci ori. Dacă copilul nu apucă obiectul trebuie verificat dacă acesta este unul dintre obiectele preferate ale lui.

Adultul care stă în fața copilului îi poate spune: „am mingea", „am bomboana" și poate folosi prenumele copilului.

Recompensele verbale sunt folosite simultan cu oferirea obiectului.

Se reduce, treptat, implicarea adultului din spatele copilului, începând cu ultima etapă (eliberarea imaginii în palma deschisă). Adultul din fața copilului arată palma deschisă de fiecare dată când copilul alege o imagine. Operațiile se repetă până când reușesc.

Faza II

Se așează o imagine a unui obiect preferat pe tabla de comunicare, copilul și un adult stând la masa de lucru. Mâna copilului este ghidată pentru a învăța să desprindă imaginea. Se pregătesc câteva obiecte preferate și imaginile lor care se prezintă pe rând. I se permite copilului accesul la unul dintre aceste obiecte cu care este lăsat să se joace 10-15 secunde.

Prima încercare constă în mutarea obiectului și atașarea imaginii pe placa de comunicare. Copilul va desprinde imaginea, o va întinde și o va elibera în mâna adultului. Dacă este nevoie, copilul trebuie ghidat să ofere imaginea. Se creează cel puțin 30 de situații în care copilul trebuie să ceară obiecte.

În timp ce copilul are mâna întinsă către adult, acesta se îndepărtează, astfel încât, copilul să fie determinat să se ridice în picioare pentru a putea înmâna imaginea. Când imaginea este eliberată în mâna adultului, se permite accesul la obiect și se oferă recompense verbale. Dacă copilul se descurcă, distanța se mărește puțin câte puțin, apoi se mărește și distanța dintre copil și imagine, astfel încât copilul să meargă întâi la imagine apoi la adult.

Faza III

Se creează o situație în care copilul trebuie să ceară ceva. Obiectul este la vedere și se arată copilului tabla de comunicare cu două imagini pe ea (imaginea unui obiect preferat și a unuia indiferent). Dacă copilul oferă imaginea obiectului preferat, i se dă obiectul și este recompensat verbal. Dacă oferă imaginea obiectului indiferent, i se dă acest obiect. În caz de eroare, se folosesc imagini fără desen, se fac mai multe încercări sau se aliniază obiectele la imaginile corespunzătoare. Se adaugă imagini, astfel încât copilul să învețe să ceară obiectul dorit. Imaginile fără desen se folosesc până când copilul învață să facă diferența între imaginile diferitelor obiecte și ceea ce primește în funcție de imaginea oferită.

Când copilul face diferența între două-trei obiecte, se verifică corespondența pentru a ne asigura că cere ceea ce dorește: i se oferă copilului două obiecte și tabla de comunicare cu imaginile corespunzătoare. După ce a dat imaginea, i se spune „ai cerut....” Și se arată obiectul corespunzător. Apoi, i se arată obiectul preferat și i se spune „dacă vrei......, atunci dă-mi imaginea acestuia”. Se așteaptă cinci secunde și se repetă.

O altă variantă de verificare a corespondenței este prezentarea unui obiect preferat și două imagini. Dacă copilul alege imaginea corectă, i se oferă obiectul, dacă nu i se spune „am numai......” și i se arată obiectul.

După ce copilul învață să discrimineze între 8 – 10 imagini, se poate micșora treptat dimensiunea imaginilor.

Faza IV

În această fază copiii învață să construiască propoziții cu ajutorul imaginilor. Copilul are propriul său caiet de comunicare în care va construi propoziții.

Este nevoie pe lângă imaginea obiectului dorit și de un simbol pentru „VREAU”. Imaginea „VREAU” este staționară și este atașată în partea stângă a caietului.

Când copilul dorește un obiect, este ajutat să pună imaginea obiectului lângă cea pentru „VREAU”. Apoi, oferă această propoziție adultului care îi va da ce dorește.

La finalul acestei faze, copilul va avea în caietul de comunicare între 20-50 imagini și va comunica cu mai mulți parteneri.

Etapa se încheie când copilul poate, în 80% din încercări, să fixeze imaginea obiectului dorit lângă „VREAU”, după care să abordeze adultul pentru a obține ceea ce dorește.

Treptat, se mută și imaginea „VREAU”, astfel încât atunci când copilul dorește un obiect / o activitate va fi dirijat să prindă în caiet mai întâi imaginea „VREAU” în stânga și apoi imaginea obiectului dorit. Se repetă până la 80% reușite.

Se creează apoi ocazii de a solicita obiecte / activități care nu sunt la vedere (la baie, la masă). În cazul în care copilul nu respectă ordinea imaginilor „VREAU” și a obiectului, adultul trebuie să inverseze discret imaginile sau să delimiteze, prin culoare, locul unde va sta „VREAU”.

Când copilul începe să folosească imaginile, dacă adultul face o pauză mare între „VREAU” și numele obiectului, copilul va vocaliza, folosind cuvinte proprii.

Faza V

În această fază, copilul începe să ceară spontan şi să răspundă la întrebarea „Ce vrei?". Imaginile „VREAU" şi cele cu obiecte şi activităţi trebuie să fie accesibile. Cu obiectul şi imaginea „VREAU" la vedere adultul arată simultan spre cartonul „VREAU" şi întreabă „Ce vrei?"

Copilul trebuie să potrivească imaginile „VREAU" şi a obiectului şi apoi să facă schimbul. Se repetă până la 80% reuşite. Copilul este recompensat de fiecare dată când realizează o cerere spontană. Se măreşte, treptat, intervalul între întrebarea „ce vrei?" şi arătarea cartonului „VREAU" (cu o secundă la fiecare încercare reuşită) până când copilul începe să indice spontan ceea ce vrea.

Faza VI

Copilul începe să răspundă nu doar la „Ce vrei?" dar şi la „Ce vezi?", „Ce ai?" utilizând imagini corespunzătoare. Este nevoie de simbolul lui „AM" şi al lui „VĂD" care se introduc la fel ca „VREAU". Când copilul răspunde corect la întrebarea „Ce vezi?" adultul spune „Da, vezi un……" şi îi dă o recompensă care nu are legătură cu ceea ce vede.

Întrebările „Ce ai?" şi „Ce vezi?" se pun de cât mai multe ori pe zi.

Faza este considerată învăţată când copilul rezolvă aceste sarcini la cererea a cel puţin doi adulţi.

Pe parcursul învăţării fazelor se va crea o rutină în care adultul va spune „Uite……", „Vezi……", „Eu văd un……, tu ce vezi?". Este important să se creeze strategii în care copiii să comunice ca reacţie la schimbările de mediu şi doar ca răspuns la întrebarea adultului.

Identificarea obiectelor preferate

Se pun în faţa copilului 10 farfurii cu alimente diferite. El va alege ceea ce-i place mai mult. La fel se procedează şi cu jucăriile.

Imitarea nonverbală şi verbală

Când copilul nu poate sau nu vrea să imite sunete sau cuvinte, se fac mai întâi exerciţii de imitare nonverbală. Este important să se înceapă lucrul cu o sarcină pe care copilul reuşeşte să o execute. Înainte de a începe programul de stimulare a limbajului verbal, copilul trebuie să stăpânească o serie de comportamente:

- contact vizual spontan şi la cerere;
- să coopereze la comenzi verbale simple;
- să poată sta la masă şi să lucreze la o sarcină;
- să poată imita poziţii şi mişcări ale gurii.

În cazul dificultăţii de a imita mimica feţei altei persoane, se începe cu exerciţii de respiraţie, de suflat sub forma unui joc (de exemplu, copilul suflă bucăţelele de hârtie de pe masă).

Etapa imitaţiei verbale este dificilă pentru copil şi este nevoie de recompense după fiecare reuşită. După ce copilul învaţă să imite sunete şi cuvinte, trebuie să înveţe să le folosească pentru a obţine din mediu ceea ce-şi doreşte. Numai atunci, comunicarea va deveni funcţională.

Pe foi acum scrie PROGRAM.

Ecolalia

Aceasta, în cazul autismului, îmbracă mai multe forme:

- **ecolalia fără sens de comunicare imediată** – repetarea cuvintelor imediat ce au fost auzite fără a face dovada că au fost înțelese (la întrebarea „Cum te cheamă?" copilul răspunde „Cum te cheamă");
- **ecolalia întârziată fără sens de comunicare** – copilul repetă o propoziție care a auzit-o anterior pentru că îi face plăcere;
- **ecolalia comunicativă întârziată** – copilul pune întrebarea „Vrei să mănânci?" atunci când îi este foame. Contextul este considerat a fi de comunicare;
- **ecolalia comunicativă imediată** – această formă este considerată a fi un prim pas spre comunicarea verbală. Copilul este conștient că se așteaptă un răspuns verbal de la el și încearcă să răspundă. Răspunde la întrebarea: „Vrei să mergem?" tot cu aceeași întrebare pentru a-și exprima dorința de a merge acasă.

Cererea

Este necesar a se învăța copilul că își poate satisface dorințele și nevoile comunicând verbal și că poate cere și primi tot verbal atenție, hrană, băutură etc. Când învățăm copilul ecolalic să ceară ceva cu ajutorul cuvintelor, recompensa trebuie să fie imediată.

Exemplu

- i se arată copilului farfuria cu mâncare și i se spune „masă";
- i se cere să spună „masă" pentru a primi prânzul. Comanda este „spune masă" sau „vreau masă";
- când copilul spune „vreau masă" va primi imediat recompensa socială (încurajare verbală) cât și cea naturală (mâncarea);
- se repetă înainte de fiecare masă, până când copilul va cere singur.

La fel se va proceda după mese, cu învățarea cuvintelor „apă", „suc", „mergem afară."

Negarea

Copilul trebuie învățat, pe lângă cererile pozitive, și să oprească acțiuni dăunătoare sau care îi creează disconfort. Pentru a-l învăța negarea, se aleg situații contrare celor care îi fac plăcere. Se urmăresc pașii:

- i se cere să mănânce un aliment care nu-i place sau să se îmbrace cu o haină care nu-i place;
- se prezintă „NU" și situația în care spunând „nu" contextul dispare;
- copilul este ajutat să spună „nu" și recompensa este imediată;
- se pune capăt situației neplăcute, imediat ce copilul a spus „nu";
- se creează astfel de situații pentru a se întării comportamentul și se recompensează răspunsul.

Salutul

Învățarea copilului să spună „bună" și „pa" la momentele potrivite, este importantă pentru o dezvoltare socială normală. Atunci când intră într-o încăpere trebuie învățat să spună „bună", adultul dându-i comanda „spune bună" și întărind cuvântul „bună". La fel se procedează și cu „pa". Treptat, se reduce ajutorul și copilul va fi lăsat să

răspundă corespunzător când cineva îl salută sau îi spune „pa". Salutul se exersează încă de la trezire, când i se spune copilului „bună" și se așteaptă același răspuns.

Cum te cheamă

I se prezintă copilului întrebarea urmată de ajutor, adică răspunsul. Se accentuează răspunsul pe care copilul îl va repeta și se renunță, treptat, la ajutor. Copilul trebuie recompensat pentru răspunsul corect.

Intervenția în stereotipii și comportamente bizare

Este important să analizăm comportamentul copilului și să înțelegem ce anume îl declanșează și ce anume îl face să dureze.

Pentru a înlătura manifestările bizare, intervenția trebuie să pornească de la originea lor și nu de la manifestarea în sine. Interzicerea sau eliminarea brutală a comportamentului autostimulativ este doar o soluție de moment care pe termen lung poate agrava problemele.

În primul rând, se modifică condițiile de mediu, care declanșează un anume comportament. Apoi, se oprește manifestarea acelui comportament pentru a i se forma în schimb un alt comportament. Este important să stabilim dacă schimbarea comportamentului este spre binele copilului, deoarece o stereotipie stopată duce de cele mai multe ori la formarea alteia mai complexe (stoparea legănării corpului poate conduce la intensificarea fluturării mâinilor).

Motivul principal pentru care trebuie schimbat comportamentul este când acesta reprezintă un pericol pentru copil sau pentru ceilalți (de exemplu, automutilare, mușcare, lovire cu piciorul etc.). Un alt motiv evident ar fi acela că acest comportamentul devine de nesuportat pentru cei din jur (de exemplu, se plimbă toată noaptea prin casă fredonând o melodie). De asemenea, comportamentul indecent, manifestat de către copil, trebuie schimbat cu ajutorul adulților (de exemplu: își atinge organele genitale în public sau miroase locul unde a stat o persoană).

În multe cazuri, introducerea unui număr mare de comportamente adecvate duce la scăderea numărului de comportamente bizare, autostimulare. Organizarea riguroasă a spațiului, dar și a orarului scad anxietatea și duc la liniștirea copilului.

Conform ultimelor cercetări, multe dintre aceste comportamente își au originea în dificultatea autiștilor de a înțelege realitatea și intențiile celor din jur. Așadar, trebuie găsite modalități prin care sensul să fie cât mai explicit pentru copil, iar formularea verbală a intențiilor să se facă în locul unde se presupune că acel copil va înțelege și intuitiv, ce se cere de la el.

O altă abordare a comportamentelor bizare este aceea de a schimba importanța simțurilor pe care se bazează copilul în cunoaștere (în loc să i se interzică să-i lingă sau să-i miroasă pe ceilalți se va construi un program în care copilul va acorda treptat atenție trăsăturilor vizuale și auditive).

Tratamentul autismului include și administrarea de medicamente: cele care inhibă serotonina (conduc la scăderea numărului de comportamente repetitive, ritualistice și stereotipe), stimulenți ai hiperactivității, neuroleptice (pentru agresivitate), antidepresive.

Programul de intervenție Mifne

Aceast program a apărut în anul 1987, în cadrul Centrului Mifne din Israel. Este vorba de fapt, despre o metodă de intervenție timpurie asupra copilului autist, cât şi a familiei acestuia. Cu o experiență de peste 20 de ani, centrul şi metoda sunt unice în lume.

Vârsta copilului autist joacă un rol important în selecția acestora şi a familiilor lor, fiind selectați copiii cu vârsta în intervalul 1 şi 5 ani.

Pornind de la faptul că teoria ataşamentului se află la baza acestei intervenții terapeutice, putem înțelege că scopul principal este acela de a ajuta copilul autist să aibă percepție de sine şi a evenimentelor care se petrec în jurul său, să învețe să comunice cu ceilalți.

Condiția de bază a acestei terapii o reprezintă participarea întregii familii. Trăsătura specifică a acestui tip de tratament constă în existența programelor terapeutice individuale pentru fiecare familie în parte, fiind vorba despre un tratament intensiv.

Intervenția terapeutică a pornit de la ideea că, pentru o familie, a face față unui copil cu nevoi speciale ridică o serie întreagă de probleme şi întrebări, şi totodată conduce spre căutarea de soluții salvatoare. Această situație dificilă le este total nefamilială şi generează anxietate, nelinişte, disconfort şi sentimente de neputință. Diagnosticarea unui copil cu autism schimbă radical sfera preocupărilor familiei, copilul devenind prioritatea absolută a acesteia, viața de familie confruntându-se cu „un obstacol apărut dintr-o dată". Totul se schimbă şi încet – încet noul mod de viață al părinților va afecta toți membrii familiei.

Programul de intervenție timpurie MIFNE presupune parcurgerea a trei segmente:

1) Segmentul denumit „incubatorul terapeutic"

Acest segment se derulează pe o perioadă de trei săptămâni de tratament şi presupune implicarea participării întregii familii. Este un tratament dinamic, care cuprinde o gamă mai largă de terapii: terapie individuală, unu la unu pentru copilul autist, terapie de cuplu şi terapie de familie. Tot în cadrul acestui segment, putem include discuții, dialoguri şi sesiuni de lucru intensive.

Pentru copiii mai pregătiți, tratamentul abordează şi dezvoltarea deprinderilor sociale şi cognitive.

2) Al doilea segment se referă la tratamentul de bază, care se desfăşoară acasă şi în timpul căruia familia este supervizată şi primeşte totodată şi suport din partea unui terapeut din cadrul Centrului Mifne. Terapia individuală pentru copil trebuie continuată până când acesta este pregătit pentru integrarea socială.

3) Al treilea segment are ca scop intrarea în învățământul de masă în vederea integrării sociale a copilului. Prin parcurgerea acestei etape se încearcă spargerea barierelor în comunicare, scoaterea copilului din izolare. Se urmăreşte o integrare totală, în care copilul să conştientizeze plăcerea de a fi alături de alți copii, de a se juca cu ei.

O caracteristică a acestei metode constă în aceea că, în vederea facilitării procesului de integrare a copiilor, Centrul Mifne oferă asistență profesioniştilor din domeniul educației care lucrează cu copii cu autism, dar care au fost tratați în Israel.

Dominante ale intervenţiei terapeutice asupra copilului autist

Nu putem vorbi de intervenţie terapeutică asupra copilului fără a implica pe fiecare membru al familiei acestuia. Terapia îi dă posibilitatea familiei de a înţelege paşii ce trebuie urmaţi în recuperarea copilului.

Responsabili în demersul acestui tratament, părinţii, alături de fraţi, învaţă cum pot crea un mediu adecvat satisfacerii nevoilor copilului.

Aşa cum am mai precizat, vorbim de programe de intervenţie individuale, care să se potrivească, atât nevoilor particulare a familiei, cât şi nivelului de dezvoltare a copilului.

În cadrul Centrului Mifne, sunt create pentru copilul autist camere de joacă, special amenajate, care să îl securizeze, să îi reducă pe cât posibil teama şi anxietatea. Copilul petrece în această cameră 8 ore pe zi. Camera este prevăzută cu geamuri, părinţii putând vedea ce face copilul întreaga perioadă. În acest fel, aceştia pot învăţa modalităţi prin care să se apropie de copilul lor, pentru ca apoi să intre, rând pe rând, în camera de joacă unde vor fi lăsaţi singuri cu copilul lor să experimenteze momentele plăcute.

În interiorul acestei camere, intervenţia terapeutică se bazează pe tehnici de joc, prin care să se urmărească stimularea senzorială (hidroterapie şi hidoterapie) şi creşterea motivaţiei. Remarcăm faptul că programul nu stimulează pedeapsa şi nici recompensa. În camera de joacă, copilul reacţionează la provocările adultului, terapeutul urmărind toate răspunsurile copilului la provocări, indiferent cât de bizare ar fi acestea. Putem vorbi despre un aşa zis control al copilului asupra activităţii care se desfăşoară în camera de terapie, fapt ce conduce la o creştere a încrederii în a se exprima spontan şi emoţional.

De asemenea, în camera de terapie se urmăreşte şi dezvoltarea comunicării şi ataşamentului între copilul autist şi părinţi, între copilul autist şi terapeut.

Terapia încurajează contactul vizual care este măsurat în fiecare oră, sunetele diferite (dar nu ecolalia), sunt urmărite răspunsurile sociale.

Procesul terapeutic urmăreşte şi tratarea binecunoscutelor probleme de alimentaţie (refuzul de hrană, problemele de masticaţie şi înghiţire sau fixaţia pe anumite alimente), în acest fel intervenindu-se şi asupra hiperactivităţii (dieta condiţionează hiperactivitatea). Intervenţia asupra alimentaţiei urmăreşte valoarea nutriţională, fixaţiile alimentare şi implicaţiile acestora, legătura dintre dezvoltarea limbajului şi muşchii maxilarului şi tendinţa membrilor familiei de a-l hrăni.

Tratamentul intensiv, în aceste camere din Centrul Mifne, durează trei săptămâni, 7 zile din 7, 8 ore pe zi. La finele acestei perioade, familiile primesc supervizare acasă, iar după 6 luni de terapie acasă, respectând ceea ce au învăţat la centru, se alege o grădiniţă care să satisfacă nevoile copilului.

De remarcat este faptul că, vorbim despre un proces de durată, care se întinde pe câţiva ani.

Intervenţia terapeutică specifică asupra familiei

Primirea diagnosticului de autism infantil pentru copilul unei familii reprezintă o lovitură foarte grea. Familia, în dinamica ei, se schimbă în sens negativ, din momentul diagnosticului. Pentru părinţi, boala este echivalentul morţii, nu mai pot face proiecte în legătură cu viitorul copilului.

Manifestările de angoasă şi anxietate ale părinţilor se estompează o dată cu trecerea timpului şi cu progresele obţinute în starea de sănătate a copilului, ca urmare a tratamentelor existente.

Apare tendinţa părinţilor de hiperprotejare a copilului autist, fapt deloc benefic, deoarece conduce la accentuarea statutului de „bolnav" şi îngreunează dezvoltarea unor conduite fireşti pentru vârsta şi preocupările lui.

Existenţa copilului autist în familie, afectează, pe de-o parte, pe fraţii acestuia, dacă există, iar pe de altă parte, relaţia maritală dintre părinţi.

Fraţii sunt neglijaţi din punct de vedere emoţional, ceea ce conduce la sentimente de gelozie, depresie, agresivitate faţă de ceilalţi membrii ai familiei. Apar chiar sentimente de vinovăţie că sunt „sănătoşi". Ajung să se reorienteze către alte persoane din familie (bunici sau alte rude) sau prieteni în căutarea afecţiunii.

În cazul familiilor cu un copil autist, nici relaţia maritală nu trece neafectată. Întregul univers familial, întreaga atenţie a celor doi parteneri se centrează pe copilul bolnav. Comunicarea dintre cei doi, pe de-o parte, şi dintre cei doi şi ceilalţi membrii ai familiei şi prieteni, pe de altă parte, se centrează numai pe subiecte referitoare la boala copilului, vorbind mai mult despre tulburare decât despre copil. Cuplul suferă crize care ameninţă unitatea familiei, îi distanţează şi dau vina unul pe celălalt.

Există şi familii în care relaţia dintre cei doi se consolidează, aceştia dispunând de resurse de adaptare, se susţin reciproc şi împart responsabilităţile. Din păcate, de cele mai multe ori, în familii se găseşte mereu „un ţap ispăşitor" care poartă întreaga povară a tensiunii şi care preia întreaga responsabilitate.

În familiile cu un copil autist se înregistrează cel mai frecvent o atitudine defensivă a părinţilor, care va avea ca efect întârzieri în dezvoltarea copilului împiedicat în acest fel, să îşi folosească abilităţile moştenite.

Specialiştii sunt conştienţi, că o schimbare în astfel de familii este foarte greu de realizat, din cauza credinţei acesteia, că invaliditatea este o stare fixă.

Terapia cu părinţii reprezintă o etapă „de deschidere a minţii", de reîntoarcere în trecutul fiecăruia. Ei se simt victime şi, aşadar, trebuie tratată victimizarea care reprezintă o cauză pentru furia lor prelungită şi un obstacol în calea dezvoltării armonioase a copilului. Nu mai observă reacţiile copilului, abilităţile şi progresele pe care le face. Scopul acestor întâlniri cu părinţii este acela de a-i ajuta să devină mai puternici.

Această terapie se realizează pe două direcţii: una verticală, iar cealaltă orizontală. Cea verticală îi face să devină conştienţi de sine şi de problemele lor, în timp ce cea orizontală îi determină să asimileze situaţii şi metode diferite de a acţiona asupra copilului.

Modificând o familie, de fapt vorbim de modificarea vieţii membrilor acesteia, beneficiile fiind de lungă durată pentru fiecare. Terapia de familie provoacă schimbare ciclului homeostatic, modificând pattern-ul de relaţii între membri familiei.

Terapia de familie presupune existenţa unui plan care să se bazeze pe probleme formulate, intervenţia, feedback-ul şi ajustarea, trasând sarcini directe familiilor.

Concluzii

Terapia în Centrul Mifne a condus la integrarea în învăţământul de masă a unui procent de 73% dintre copiii cu autism trataţi acolo. Aceştia dispuneau de un nivel înalt

de a învăţa şi de a comunica. Au fost înregistrate, pe de-o parte, cazuri care au renunţat la terapia de acasă, iar pe de altă parte, copii cu autism, care au ajuns în centre speciale de învăţământ, datorită nivelului scăzut de învăţare de care dispuneau.

Metoda ABA (Applied Behavior Analysis)

Aceeaşi autoare (Daniela Cucuruz)se referă şi la metoda ABA căreia îi subliniază valenţele pozitive similare metodei PECS.

Este o metodă care a apărut în SUA. Părintele acestei metode este Ivar Lovaas care, încă din anii 70 pune la punct un sistem de învăţare intensiv pentru copiii autişti.

Aceasta este descrisă în cartea „Let me hear your voice”, de Catherine Maurice, autoarea fiind mama a doi copii cu autism. Metoda presupune un sistem de învăţare, care îşi propune să modifice comportamentul autist al copilului, în mod sistematic şi intensiv.

Scopul metodei este acela de a îl introduce pe individ în societate şi propune un program foarte strict, copilul fiind în activitate o mare parte din zi, uneori până la opt ore.

Întărirea comportamentului copilului se face cu ajutorul recompenselor (materiale sau sociale). Metoda seamănă, uneori, cu un dresaj, pentru a-l face pe copil să înveţe anumite comportamente.

Primii paşi – Modalitatea prin care, copiii autişti învaţă pe „stai jos”, „uită-te la mine” şi „mâini cuminţi”

➢ **„Stai jos”**

Este prima lecţie care trebuie învăţată. Când copilul stă jos, la cerere, putem vorbi despre prima experienţă în care adultul are control asupra copilului. Învăţarea lui „Stai jos” presupune următoarea procedură:

- se alege un scaun potrivit ca mărime pentru copil şi se aşează în spatele copilului;
- se dă comanda „stai jos”, tare şi clar, şi copilul este ajutat să se aşeze corect pe scaun;
- imediat ce s-a aşezat, i se dă recompensa (un aliment preferat sau o recompensă socială „bravo”);
- i se spune să se ridice (va fi ridicat dacă este nevoie) şi se repetă exerciţiul, oferindu-i-se din ce în ce mai puţin ajutor fizic. Recompensa se face de fiecare dată;
- treptat se măreşte distanţa dintre scaun şi copil;
- dacă se ridică înainte să i se ceară acest lucru, trebuie forţat să se aşeze din nou pe scaun, făcându-l să înţeleagă că nu se poate ridica fără permisiune;
- se introduce comanda „ridică-te” şi este ajutat să o facă;
- în timpul lecţiei, adultul decide când se poate ridica/aşeza copilul.

➢ **“Uită-te la mine”**

Este utilizată pentru a stabili contactul vizual. Înainte de învăţarea acestui nou comportament, adultul trebuie să se asigure că stă corect în scaun. Pentru învăţarea răspunsului la această comandă, este necesară parcurgerea următoarelor etape:

- copilul trebuie să se aşeze pe scaun în faţa adultului;
- se dă comanda „uită-te la mine” o dată la 5 -10 secunde;

- recompensarea cu laude şi mâncare, de fiecare dată când priveşte pe adult în faţă;
- dacă nu priveşte adultul în interval de 2 secunde, acesta trebuie să se uite în altă parte timp de 5 secunde, după care se repetă comanda;
- în cazul în care nu se răspunde la comandă, recompensa va fi pusă în dreptul ochilor chiar în momentul în care se dă comanda;
- dacă contactul vizual se realizează de 10 ori consecutiv, treptat este micşorat ajutorul, mişcând mâna cu obiectele ajutătoare din ce în ce mai puţin;
- pentru mărirea duratei contactului vizual, trebuie mărită durata de timp între realizarea contactului vizual şi oferirea recompensei.

➢ **„Mâini cuminţi"**

Importanţa acestei comenzi reiese din existenţa numeroaselor comportamente auto-stimulative la copiii autişti.

Mâinile cuminţi înseamnă:
- mâinile stau nemişcate şi braţele sunt pe lângă corp;
- mâinile sunt relaxate şi stau pe picioarele copilului;
- mâinile împreunate stau în poala copilului.

Această comandă presupune:
- în momentul în care copilul îşi flutură mâinile, i se dă comanda „mâini cuminţi" şi apoi i se blochează în una dintre poziţiile enumerate mai sus;
- este forţat, dacă este nevoie. Copilul trebuie să înveţe că este mai bine să facă acest lucru singur, decât să fie făcută de adult pentru el;
- recompensarea permanentă a copilului, când acesta pune mâinile cuminţi;
- controlul şi ajutorul acordat copilului trebuie slăbit treptat;
- pe măsură ce învaţă, se va renunţa la recompensa alimentară, răsplata va fi numai verbală („bravo", „bine").

Aşadar, prin metoda ABA, copilul învaţă o serie de comportamente de care are nevoie în orice activitate pe care o desfăşoară, fie socială, de autonomie personală sau de joc.

Această terapie nu se limitează la aceste lucruri, ea propune metode de învăţare pentru o gamă foarte largă de comportamente, acestea referindu-se la: imitaţia verbală, abilitatea de a se juca, deprinderi de autonomie personală, limbajul intermediar şi avansat (programe pentru învăţarea lui DA şi NU, învăţarea frazelor), învăţarea emoţiilor, integrarea în comunitate, pregătirea pentru şcoală.

Putem vorbi de recuperare în cadrul autismului, în sensul de ameliorare, dar nu de vindecare sau înlăturare cum se înţelege de obicei prin recuperare. Astfel, se face recuperare, în autism, pe baza unui tip de învăţare ce are la bază teoria reflexelor condiţionate. Deci, este vorba de un fel de dresaj ce are la bază schema S-R-C (stimul - reacţie – consecinţă). Se foloseşte întărirea, iar comanda formulată trebuie să fie tot timpul la fel. Apoi se urmăreşte ca subiectul să fie atent când se face comanda şi se aşteaptă răspunsul. Urmează consecinţa şi se dă subiectului o recompensă (zâmbet, mângâiere, o laudă, bomboane). În cazul în care nu a mers din prima încercare se repetă până când se reuşeste.

Cu toată gravitatea şi dificultatea precizării caracteristicilor psihocomportamentale în condiţiile de polihandicap şi limitarea integrării adecvate în

comunitate, din punct de vedere practic și științific s-a demonstrat că se pot obține unele progrese semnificative în devenirea umană a acestor subiecți.

4. PARALIZIA CEREBRALĂ

Lezarea sau dezvoltarea anormală a sistemului nervos are drept consecință paralizia cerebrală. Leziunea sau disfuncția poate surveni în timpul sarcinii, în timpul nașterii sau chiar în primii 2-3 ani de viață. Așadar, paralizia cerebrală ar putea fi definită ca fiind o tulburare de mișcare și postură

Aproape 75% dintre pacienții cu paralizie cerebrală au asociată o deteriorare cognitivă mai mult sau mai puțin severă. Dintre aceștia, 60% au diferite forme de retard (mediu sau sever) sau au dificultăți de învățare în condițiile în care sunt dezvoltați normal.

Frecvent, asociate cu paralizia cerebrală sunt disfuncțiile auditive și vizuale, unele putând fi diagnosticate precoce, altele pe măsură ce copilul înaintează în vârstă.

Cauzele apariției paraliziei cerebrale

Apariția paraliziei cerebrale *în timpul sarcinii sau în timpul nașterii* poate fi determinată de anomalii genetice cromozomiale, infecții sau alte boli ale mamei sau fătului (apărute în timpul sarcinii) sau complicații peripartum (în timpul travaliului). La noul-născut, o hipoglicemie netratată poate conduce la apariția de leziuni cerebrale care pot cauza paralizia cerebrală.

Paralizia cerebrală se poate datora și unei nașteri premature, legată de o dezvoltare insuficientă a creierului. La copiii născuți prematur se înregistrează un risc crescut de hemoragii cerebrale (IVH sau hemoragii intraventriculare) care, din păcate, predispun la paralizie cerebrală.

În primii 2-3 ani de viață, cauzele apariției paraliziei cerebrale sunt legate de boli grave precum meningita, de lezarea creierului în urma unor accidente sau traumatisme craniene sau de lipsa temporară de oxigen (cum este cazul înecului).

Simptome

Paralizia cerebrală devine evidentă abia între unu și trei ani, chiar dacă ea este prezentă încă de la naștere.

Mișcările neregulate ale copilului devin evidente și pot fi recunoscute doar când acesta crește. Subliniem faptul că, se păstrează reflexele de nou-născut, dar se înregistrează întârzieri în dezvoltarea normală a vârstei lor.

În cazul formelor severe de paralizie cerebrală, simptomele sunt prezente încă de la naștere sau imediat după aceasta. Simptomele paraliziei cerebrale severe sunt dificultățile de supt și înghițit, plânsetul slab sau ascuțit, pozițiile anormale, corpul foarte moale și relaxat sau foarte rigid. Își pot extinde spatele, brațele și picioarele într-un mod anormal, atunci când sunt luați în brațe. Poziția de relaxare este cea a păpușii, stau arcuiți, datorită tonusului muscular crescut. Pot prezenta un tremur al mâinilor și picioarelor.

O dată cu înaintarea în vârstă a copiilor, părinții pot observa și alte semne ale prezenței paraliziei cerebrale. Așadar, se remarcă imposibilitatea copilului de a se

întoarce de pe o parte pe alta, de a sta în şezut, de a se târî/de a merge de-a buşilea sau de a merge la vârsta lui obişnuită. Apare imposibilitatea de a merge şi de a sta în picioare.

Aşa cum am precizat, simptomele paraliziei cerebrale devin mai evidente odată cu înaintarea în vârstă a copilului. Dintre acestea amintim:

- atrofie musculară la nivelul membrelor afectate: sistemul nervos afectat determină o limitare a mişcărilor, care la rândul lor afectează dezvoltarea normală a muşchilor;
- percepţii senzoriale anormale (de exemplu, durere la atingere uşoară): senzaţiile anormale pot îngreuna identificarea prin atingere a obiectelor obişnuite;
- iritaţii ale pielii: acestea sunt determinate de o salivaţie abundentă, ca urmare a afectării muşchilor faciali şi ai gâtului – este vorba despre o salivaţie abundentă care irită pielea din jurul gurii, gâtului sau toracelui anterior;
- afecţiuni dentare: acestea se datorează durerilor provocate de spălarea pe dinţi, ceea ce conduce la apariţia cariilor şi a gingivitelor. Gingivitele mai pot fi determinate şi de anumite medicamente administrate pentru tratarea crizelor;
- traumatisme: mobilitatea îngreunată, rigiditatea articulară şi tonusul muscular global scăzut sunt factori favorizanţi ai căderii şi ai accidentării. Trebuie reţinut şi faptul că pot apărea contuzii accidentale ca urmare a crizelor asociate paraliziei cerebrale;
- infecţii şi boli cronice: afectare cardiacă şi pulmonară la adulţi.

Remarcăm faptul că la unii copii, paraliziei cerebrale i se pot asocia şi tulburări de comportament, precum somnolenţa excesivă, iritabilitatea şi chiar scăderea interesului pentru lumea din jur.

Mecanismul fiziopatogenetic

Leziunea cerebrală care conduce la apariţia paraliziei cerebrale nu se agravează o dată cu vârsta. Tipul de paralizie cerebrală şi partea corpului afectată sunt elementele care determină gradul de mobilitate al copilului.

În cazul în care, paralizia cerebrală afectează numai o parte de corp, vorbim despre forma spastică a paraliziei cerebrale. Paralizia se poate instala numai la nivelul unui membru sau numai pe o jumătate de corp. Unii pacienţi se pot descurca singuri, în timp ce alţii au nevoie de ajutor pentru a-şi duce traiul şi a munci. Există şi situaţia afectării ambelor membre, ceea ce necesită un scaun cu rotile modificat.

Din păcate, pot fi întâlnite forme de paralizii totale (paralizia cerebrală severă spastică şi atetozică) care afectează tot corpul şi care conduc la probleme foarte grave şi complexe. Aceşti bolnavi nu se pot îngriji singuri, fie din cauza retardului mintal, fie a incapacităţii funcţionale severe.

Facem precizarea faptului că doar 10% dintre copiii diagnosticaţi cu paralizia cerebrală nu reuşesc să atingă vârsta adultă. Ceilalţi ating vârsta adultă de 20 de ani.

Majoritatea persoanelor adulte, care prezintă forme uşoare sau moderate ale paraliziei cerebrale, sunt independenţi, putându-se descurca singuri, pot munci. Au fost înregistrate cazuri şi de forme severe, când pacienţii au reuşit să ajungă la un grad de

independență și să se integreze profesional. Acest lucru este datorat tehnologiei moderne, care a creat pentru aceste persoane computere prevăzute cu microfon, scaune cu rotile electrice precum și alte dispozitive.

În perioada adolescenței nevoile copiilor cu paralizie cerebrală se schimbă o dată cu înaintarea în vârstă. Ei au nevoie de mult sprijin emoțional și înțelegere. Membrii familiei sau prietenii suportivi îi ajută să depășească dificultățile care apar ca urmare a bolii. Pentru aceștia este nevoie de mult mai mult sprijin și îndrumare în ceea ce privește dezvoltarea unor relații intime.

În perioada adultă apar noi responsabilități și așteptări. Individul care suferă de această boală trebuie sprijinit și ajutat să le facă față. Tot acum, pot apărea complicații ale paraliziei cerebrale care afectează calitatea vieții persoanei respective. Formele severe de paralizie cerebrală necesită un ajutor suplimentar din partea celorlalți. Se poate face apel la terapiile ocupaționale și la alte programe similare, care sunt deosebit de utile. Majoritatea adulților care suferă de această boală au un loc de muncă, în ciuda disfuncțiilor moderate sau severe pe care le-a dezvoltat.

Factori de risc

Unul dintre principalii factori de risc îl reprezintă nașterea prematură și implicit o greutate mică la naștere (mai mică cu circa 2,5 kg). Un studiu statistic a scos în evidență faptul că un procent de 40-50% dintre copiii care dezvoltă paralizie cerebrală sunt născuți prematur.

Sarcinile gemelare pot favoriza o naștere prematură precum și o greutate mai mică la naștere

Factorii de risc pot fi grupați în trei categorii, în funcție de momentul apariției acestora: factori de risc înainte de naștere, factori de risc la naștere și factori de risc după naștere.

- *Factori de risc înainte de naștere* – factori prenatali

Această categorie de factori depind de mamă, care poate contacta anumite afecțiuni de-a lungul sarcinii, mai ales dacă survin în primele luni:

- rubeola;
- infecții cu citomegalovirus și toxoplasmoză;
- infecții intrauterine și vaginale.

Aceste infecții pot inflama placenta, ceea ce poate conduce la întreruperea dezvoltării normale a creierului.

În primul trimestru de sarcină, paralizia cerebrală poate apărea și ca urmare a unor anomalii cromozomiale, expuneri la radiații, consumul de alcool și droguri al mamei, malformații și aberații de dezvoltare ale creierului.

Au fost identificate și alte cauze, precum: consumul de medicamente ca hormoni tiroidieni sau estrogeni; afecțiuni, ca sângerarea la nivelul uterului între lunile șase și nouă de sarcină; proteinurie – cantitate crescută de proteine în sânge; hiperglicemie - nivel crescut de zahăr în sânge

- *Factori de risc la naştere* – factori perinatali

Paralizia cerebrală poate apărea ca urmare a unor complicaţii survenite la naştere, cu toate că astfel de cazuri sunt foarte rare. Din această categorie fac parte:

- naşterea prematură – există riscul apariţiei hemoragiilor cerebrale (hemoragie intraventriculară sau IVH);
- travaliu prelungit sau foarte dificil, care poate determina asfixia fătului, infecţii cerebrale sau traumatisme fizice ca urmare a folosirii forcepsului;
- desprinderea prea devreme a placentei normal inserate – acesta se separă înainte de naştere ceea ce conduce la o scădere a oxigenului şi sângelui de la mamă. În mod normal, desprinderea placentei are loc la câteva minute după naşterea copilului;
- infecţii uterine sau vaginale care se pot transmite la copil în timpul naşterii.

- *Factori de risc după naştere* – factori postnatali

În această categorie, incluzând şi factori care apar în primii doi-trei ani de viaţă, amintim:

- icterul sever, meningita sau intoxicaţii cu plumb

Identificarea acestor boli grave sunt problemele/dificultăţile respiratorii; nivelul scăzut al hormonilor tiroidieni; hipoglicemia; naşterea prematură; greutate mică la naştere.

- traumatisme craniene grave apărute ca urmare a unui accident;
- scăderea cantităţii de oxigen furnizată creierului din cauza unor tumori cerebrale sau înecare.

În cadrul acestei categorii de factori de risc pentru paralizia cerebrală sunt incluse şi vârsta mamei (foarte tânără sau peste 35 de ani) şi un defect genetic sau cromozomial (trombofilia - tulburarea de coagulare).

Clasificarea paraliziei cerebrale

Literatura de specialitate menţionează trei mari grupe de paralizie cerebrală: paralizii cerebrale cu afectarea tractului piramidal; paralizii cerebrale cu afectarea tractului extrapiramidal; paralizii cerebrale mixte.

❖ *paralizii cerebrale cu afectarea tractului piramidal* – la pacienţii cu astfel de paralizii cerebrale există o afecţiune a cortexului motor sau a tractului piramidal, care are ca efect un tonus muscular crescut, spastic. Partea corpului afectată este dependentă de zona nervoasă afectată (**D.V. Popovici** şi **Raluca Matei,** 2007).

Din această categorie fac parte următoarele forme de paralizii cerebrale: diplegia; hemiplegia;; cvadriplegia.

Diplegia spastică apare, în principal, la copiii născuţi prematur, care în tractul piramidal au o zonă fragilă care trece pe lângă ventriculele laterale şi în care vasele de sânge se sparg foarte uşor. Picioarele sunt afectate mai mult decât braţele, deoarece aceste zone fragile cuprind proiecţiile membrelor inferioare (afectare pe orizontală). Rezultatele intelectuale ale copiilor afectaţi de diplegie sunt destul de bune.

Pe lângă diplegia spastică, D.V. Popovici şi Raluca Matei (2007) au descris şi celelalte forme ale paraliziei cerebrale.

Hemiplegia, subliniază aceştia, afectează unilateral corpul, mâna fiind mai afectată decât piciorul (afectare pe verticală). În această formă de paralizie cerebrală, fibrele nervoase piramidale se încrucişează înainte să intre în coloana vertebrală. Lezarea unei părţi de proiecţie corticală afectează partea opusă a corpului. Se înregistrează şi o pierdere a unei părţi a câmpului vizual. Persoanele care suferă de această boală au rezultate intelectuale bune.

Cvadriplegia spastică apare atunci când creierul este forte grav şi difuz afectat. Această formă atrage după sine retardul mintal, crize şi deficienţe vizuale şi auditive comune. În primele luni prezintă simptome de hipotomie.

Tetraplegia diminuează funcţia membrelor superioare, membrelor inferioare, trunchiului şi organelor pelviene. Aceasta poate fi definită ca fiind o diminuare sau pierdere funcţională motorie şi/sau senzitivă în segmentele cervicale ale măduvei spinării, datorate leziunii elementelor neurale aflate înăuntrul canalului rahidian.

❖ *paralizii cerebrale cu afectarea tractului extrapiramidal*

Cea mai frecventă formă de paralizie cerebrală, cu afectarea tractului extrapiramidal, este forma coreeică. Definită ca un sindrom acut sau cronic, presupune mişcări bruşte şi involuntare de un tip special, scurte rapide, neregulate predominând la rădăcina membrelor (umăr şi şold). Aceste mişcări creează dificultăţi de menţinere a posturii. (**Popovici, D.V. şi Matei, Raluca,** 2007).

Se poate asocia cu probleme de articulare, anume careoatetoza limbii şi a corzilor vocale, cu probleme de expresie şi recepţie a limbajului.

❖ *paralizii cerebrale*

Copiii cu paralizie cerebrală mixtă au leziuni la ambele zone piramidale şi extrapiramidale ale creierului. Spasticitatea este mai evidentă, cu mişcări involuntare în creştere, mai ales în cazul copilului între nouă şi trei ani. Tonusul muscular este legat de paralizia cerebrală spastică şi de mişcările involuntare determinate de paralizia cerebrală athetoid.

Paralizia cerebrală mixtă este asociată cu retardul mintal şi cu deficienţele în dezvoltare şi se întâlneşte la aproximantiv 10% dintre copiii cu paralizie cerebrală.

Paralizia cerebrală athetoidă este cauzată de afectarea cerebelosului sau a ganglionilor bazali, aceste zone fiind responsabile de prelucrarea semnalelor care permit mişcări line, coordonate şi menţin postura corpului. Distrugerea acestor zone pot conduce la mişcări involuntare, fără scop, în special în zona feţei, braţelor şi trunchiului. Aceste mişcări involuntare interferează cu problemele privind vorbirea, hrănirea, apucarea şi alte mişcări coordonate. De reţinut este şi faptul că aceste mişcări se accentuează în perioadele de stres emoţional şi dispar în timpul somnului.

Prevenirea paraliziei cerebrale

În timpul sarcinii, paralizia cerebrală poate fi prevenită printr-o alimentaţie sănătoasă, evitarea fumatului, evitarea expunerii la substanţe nocive şi control medical regulat.

Postnatal, copiii trebuie vaccinați la momentul potrivit, trebuie luate măsuri pentru prevenirea accidentelor, trebuie cunoscute semnele icterului mecanic, evitat contactul cu persoanele cu boli contagioase severe precum meningita.

Consultul de specialitate

În timpul sarcinii, se recomandă consult de specialitate, dacă mama este suspectă de rubeolă sau de alte infecții, dacă a fost expusă la radiații sau alte substanțe chimice toxice, dacă consumă alcool sau droguri.

În copilărie, copilul cu paralizie cerebrală trebuie dus la un consult de specialitate, dacă manifestă probleme respiratorii, dacă se sufocă în timpul alăptării. De asemenea, copilul trebuie supus unui consult dacă:

- face criză convulsivă;
- suferă de constipație, care nu este controlată cu tratament ambulatoriu;
- are iritații ale pielii exudative, sângerânde sau dureroase care se agravează;
- are mestecat dificil și pierderi în greutate;
- are crize de tuse și sufocare în timpul suptului;
- apar tulburări la micțiune, sângerări gingivale.

Controlul periodic la medicul curant și comunicarea către acesta a observațiilor făcute în legătură cu dezvoltarea copilului nu trebuie omise. Familia trebuie, împreună cu specialistul, să urmărească permanent gradul de dezvoltare atins de copil la vârsta respectivă.

Medicii care pot diagnostica și trata paralizia cerebrală sunt:

- pediatrul;
- medicul de familie;
- medicul de medicină internă;
- neurologul și chirurgul neurolog;
- psihiatrul – aplică tratamente medicamentoase de lungă durată;
- asistenții sociali;
- psihologul – stabilește un program de intervenție după ce, în prealabil, realizează o evaluare a funcțiilor intelectuale/cognitive și a comportamentului;
- oftalmologul – identifică gradul de pierdere al văzului și aplică un tratament corespunzător;
- ortopedul.

Lista medicilor poate fi completată cu:

- persoane specializate în terapie ocupațională – evaluează și organizează dezvoltarea motorie a brațelor;
- fiziokinetoterapeuții – implicați în dezvoltarea posturii;
- stomatologii sau specialiștii în ortodonție;
- audiologul – identifică gradul de pierdere al auzului și aplică un tratament corespunzător;
- logopedul – evaluează limbajul oral și are ca scop dezvoltarea comunicării verbale;
- dieteticianul – stabilește dieta copilului.

Aşa cum se poate remarca, facem apel la un program de intervenţie multidisciplinar şi individualizat, în funcţie de nevoile copilului. Nu trebuie uitată nici importanţa implicării precoce a familiei în programele terapeutice de orice fel. Familia trebuie să accepte existenţa deficienţei, să înţeleagă nevoile copilului şi să înveţe să îl educe acasă.

Modalităţi de investigare a paraliziei cerebrale

După cum am precizat, paralizia cerebrală nu este obligatoriu să fie prezentă încă de la naştere. Cu toate acestea, există anumiţi factori de risc, care pot conduce la această afecţiune. În acest sens, medicii trebuie să monitorizeze cu atenţie semnele de paralizie cerebrală.

Diagnosticarea presupune parcurgerea unor etape:

a. *anamneza copilului* (istoricul bolii) şi informaţii despre sarcina mamei.

Întârzierile în dezvoltare sunt, de obicei, observate de părinţi sau de medicul pediatru în timpul controalelor de rutină.

b. *examenul fizic.*

În timpul acestui examen, medicul pediatru poate stabili dacă copilul păstrează reflexele nou-născutului mai mult decât este normal. Sunt evaluate funcţiile musculare de bază şi cele de postură, funcţiile vizuale şi cele auditive.

c. *teste de screening.*

Este recomandată completarea unor chestionare privind dezvoltarea şi efectuarea unor teste care să identifice întârzierile în dezvoltare.

d. rezonanţa magnetică nucleară la nivel cerebral

RMN – ul are drept scop identificarea anomaliilor cerebrale şi a altora asociate.

Dacă toate aceste intervenţii nu conduc la un diagnostic clar, se poate apela la chestionare de dezvoltare suplimentare, tomografie şi ecografie cerebrală.

În situaţia în care este diagnosticată paralizia cerebrală, copilul trebuie evaluat pentru identificarea afecţiunilor asociate. Aşadar, se vor evalua periodic tulburările de dezvoltare, ca întârzieri ale limbajului şi ale vorbirii. Evoluţia inteligenţei va fi testată cu teste de inteligenţă pentru identificarea existenţei valorilor sub medie, adică a retardului mintal. Se face apel la utilizarea electroencefalogramei (EEG), atunci când există un istoric de crize convulsive la copil. Periodic, sunt evaluate, de asemenea, dificultăţile de alimentaţie şi cele de supt, tulburările vizuale şi auditive. Este indicat să nu lipsească nici vizitele periodice la psiholog, pentru identificarea şi evaluarea tulburărilor de comportament.

Tratamentul paraliziei cerebrale

Se ştie faptul că paralizia cerebrală nu poate fi vindecată, dar cu toate acestea există o multitudine de tratamente care ajută pacienţii să îşi utilizeze la maximum capacităţile şi abilităţile pe care le au, astfel să se înregistreze progrese în ceea ce priveşte calitatea vieţii.

O dată cu creşterea şi dezvoltarea copilului, pot apărea noi simptome sau se pot agrava cele existente.

Tratamentul este unul flexibil, care suportă modificări în cazul aceluiaşi pacient, în funcţie de modul de evoluţie al bolii.

În general, tratamentele constau în:

- terapie fizică – începe imediat după punerea diagnosticului şi poate continua de-a lungul vieţii;
- administrarea de medicamente – controlează o parte dintre simptomele paraliziei cerebrale (exemple de tratamente medicamentoase: anticonvulsivantele pentru crizele convulsive: Topiramat, Lamotrigin, Oxcarbazepine, Zonisamid, Gabapentin; antispasticele injectabile sau orale pentru relaxarea musculaturii şi îmbunătăţirea mişcării: diazepam, dantrolen, baclofen. Baclofenul este cel mai eficient medicament pentru calmarea spasmelor musculare şi aplicarea lui presupune plasarea unei pompe mici la nivelul ţesutului subcutanat abdominal. Prin această pompiţă se eliberează Baclofenul în sânge de-a lungul măduvei spinării);
- intervenţie chirurgicală ortopedică – în cazuri rare, pentru muşchi, tendoane şi articulaţii în special ale soldului, genunchiului şi gleznei;
- rizotomia selectivă posterioară – pentru secţionarea rădăcinilor nervilor spinali sau a celor cerebrali ai membrelor care sunt cele mai afectate de spasme şi mişcări involuntare (şi la această intervenţie se face apel foarte rar).
- utilizarea de echipamente şi dispozitive speciale – pentru menţinerea şi îmbunătăţirea mobilităţii articulaţiilor, pentru creşterea forţei musculare sau pentru relaxarea musculaturii hiperactive (spastice). Aici vorbim despre suporturi şi scaune speciale, cărucioare, scaune cu rotile, pantofi speciali, orteze, atele etc.

De-a lungul bolii, pacientul trebuie să urmeze un tratament de întreţinere, care constă în exerciţii fizice, monitorizarea medicamentaţiei, chirurgie ortopedică, exerciţii de respiraţie (pentru prevenirea infecţiilor pulmonare), masajul terapeutic şi yoga hatha (necesare pentru relaxarea musculaturii, întărirea muşchilor şi menţinerea articulaţiilor), terapii pentru stimularea dezvoltării senzitive, a comunicării şi a învăţării. Oricare dintre tratamentele enumerate sunt specifice fiecăruia, ele nu se potrivesc oricărui pacient.

Cea mai mare parte a pacienţilor au nevoie de ajutor pentru a se hrăni, a se spăla şi a folosi toaleta. Trebuie, de asemenea, sprijiniţi în îngrijirea dinţilor şi a pielii, în îmbrăcat cât şi pentru stimularea limbajului.

Copilului trebuie să i se acorde, înainte de orice, un suport emoţional solid. O dată cu creşterea, copilul devine conştient de situaţia sa, de limitele sale fizice, el trebuie să vorbească despre ceea ce simte şi despre ce posibilităţi terapeutice i se potrivesc lui. Se recomandă implicarea copilului în deciziile care se i-au privind sănătatea sa.

În tratamentul paraliziei cerebrale trebuie să coopereze întreaga familie a copilului. De asemenea, dacă există fraţi în această familie, nu trebuie neglijaţi sau ignoraţi dar nici copleşiţi de a avea grijă de cel bolnav.

Familia trebuie să se documenteze asupra acestei boli, în felul acesta putând oferi un sprijin adecvat şi un suport emoţional puternic. Cunoaşterea drepturilor copiilor cu paralizie cerebrală este, de asemenea, deosebit de important. De exemplu, în SUA, copiii care prezintă această boală beneficiază de dreptul la educaţie prevăzut de lege. Conform acesteia, copiii sunt incluşi în programe de tratament gratuit şi au drepturi egale de acces la educaţia publică.

5. TULBURAREA HIPERKINETICĂ CU DEFICIT DE ATENŢIE – ADHD (Attention Deficit Hiperactivity Disorder)

Tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenţie este o afecţiune comportamentală a copilului care se manifestă prin deficit de atenţie şi dificultăţi de îndeplinire a unei sarcini. Este frecvent întâlnită la copii şi adolescenţi, cu debutul în copilărie şi cu persistenţă chiar la vârsta adultă (la 60% dintre cazurile de copii cu ADHD). Studiile arată că 5% dintre copiii de vârstă şcolară prezintă simptome ale ADHD. S-a constatat, de asemenea, că sunt mai mulţi băieţi decât fete cu această tulburare, raportul între aceştia fiind de 4:1.

Cauze

Cauzele nu sunt clar cunoscute, cu toate că se merge pe ipoteza că această tulburare este de natură genetică. Cercetările actuale sunt concentrate pe identificarea genelor care predispun la apariţia ADHD.

Un copil care are un părinte cu ADHD are şanse în proporţie de 25% să prezinte această afecţiune. De asemenea, cercetările au demonstrat faptul că, tipul de ADHD care persistă la vârsta adultă are un caracter genetic mai pronunţat decât tipul care dispare la sfârşitul copilăriei.

Pentru ca predispoziţia să ducă la apariţia ADHD, factorii genetici trebuie corelaţi cu factorii de mediu (psihosociali). Relaţia copil-părinte este extrem de importantă, un mediu familial stresant, evenimente tensionate trăite de copil pot contribui la instalarea simptomelor de ADHD. Cu toate acestea, aceste teorii nu au putut fi demonstrate, ele rămânând nefondate. Tot în această categorie a elementelor nedemonstrate intră şi alimentaţia (consum crescut de zahăr, coloranţi şi conservanţi), urmărirea excesivă a emisiunilor TV sau preocuparea excesivă faţă de jocurile video, hormonii.

Alcoolismul, consumul de tutun sau alte substanţe neurotoxice şi tulburările afective la mama în timpul sarcinii sunt asociate, de către cercetători, cu un risc crescut de ADHD.

În acest sens, s-a ajuns la concluzia că, ADHD este o tulburare neurobiologică care necesită diagnostic şi tratament medical şi care este cauzată de un dezechilibru chimic din creier.

Simptome

Simptomele ADHD au fost împărţite în trei mari categorii: inatenţie şi hiperactivitate, impulsivitate.

Inatenţia este caracterizată prin dificultăţi în îndeplinirea sarcinilor din cauza slabei concentrări a atenţiei. Se înregistrează, de asemenea, incapacitatea de a se concentra pe detalii şi de a asculta atunci când i se vorbeşte direct. Are tendinţa de a evita activităţile ce presupun efort intelectual susţinut, nu poate finaliza sarcinile începute deoarece nu le poate organiza. Este uituc şi pierde lucruri importante de care are nevoie.

Hiperactivitatea constă într-o agitaţie şi un comportament neadecvat permanent. Copiii cu acest simptom sunt într-o permanentă mişcare şi vorbesc excesiv.

Impulsivitatea presupune o lipsă de răbdare manifestată prin tendința de a-i întrerupe pe ceilalți atunci când au ceva de făcut, de a răspunde înainte ca întrebările să fie complete.

Diagnosticul se pune greu în perioada preşcolară, deoarece aceste trei categorii de simptome se regăsesc la toți copiii. De aceea, trebuie apelat mereu la specialist pentru diagnosticare, acesta putând diferenția ADHD de un comportament specific vârstei. Remarcăm faptul că, momentul cel mai bun pentru diagnosticare este începerea şcolii, atunci simptomele devin evidente sau chiar se accentuează.

În perioada şcolară, notele mici la testele de aptitudini, incapacitatea de organizare a actului de învățare, problemele de socializare şi imaginea de sine negativă pot sugera existența acestei tulburări.

Pentru adolescenții între 13-18 ani, performanțele şcolare sunt un indicator important în diagnosticarea ADHD. Trebuie intervenit terapeutic pentru a evita agravarea problemelor, deoarece tulburarea deja este relativ stabilă.

La adulți, în general, simptomele se atenuează. Persistența acestora conduce la dificultăți în păstrarea locului de muncă, la depresie din cauza dificultăților de concentrare a atenției, a incapacității de planificare a activității şi implicit de finalizare a acesteia. Adulții cu ADHD au frecvent probleme de familie, rata divorțurilor este mai mare. Sunt mari consumatori de alcool, tutun sau chiar drog. Absolvă cu greu liceul şi/sau facultatea.

Tulburări asociate ADHD

ADHD se asociază, frecvent, şi cu alte tulburări şi afecțiuni. Astfel, vorbim despre trei categorii de tulburări: mentale, de comportament, afective şi anxioase .

- ➢ Tulburările mentale includ:
  - dislexia;
  - dificultăți de învățare;
  - dificultăți de citire şi la formulările scrise;
  - dificultăți în rezolvarea problemelor de matematică.
- ➢ Tulburările de comportament se referă la:
  - tulburarea opoziționismului provocator: presupune un comportament ostil şi sfidător față de formele de autoritate, nesupus şi negativ;
  - tulburarea de conduită: violarea normelor sociale şi a drepturilor altor persoane.
- ➢ Tulburările afective şi anxioase – în cele mai multe cazuri nu se manifestă înainte de adolescență sau de vârsta adultă:
  - anxietate;
  - depresie ;
  - stimă de sine scăzută;
  - autoapreciere şi abilități sociale reduse.

Diagnosticarea şi tratamentul ADHD

ADHD poate fi diagnosticat şi tratat medicamentos de către următoarele categorii de medici specialişti: medicul de familie, pediatrul, psihiatrul sau neurologul.

Tratamentul medicamentos presupune stimulente ale sistemului nervos central din familia Amfetaminelor care îmbunătăţesc simptomatologia la aproximativ 70% dintre copiii, diminuând hiperactivitatea şi impulsivitatea şi crescând puterea de concentrare. Nu creează dependenţă şi nici nu cresc riscul pentru adicţie faţă de droguri. Dacă aceste stimulente ale sistemului nervos nu sunt eficiente, se poate apela la medicaţie non-stimulantă. Amintim aici de atomoxetina, care are ca efect inhibarea recaptării noradrenalinei. Atomoxetina nu este o substanţă controlată şi se poate procura fără reţetă.

Asociaţia Americană de Psihiatrie a stabilit un set de criterii de diagnosticare a acestei tulburări, pe baza acestora manualul DSM-IV descriind trei tipuri de ADHD:

- tipul inatent;
- tipul hiperactiv - impulsiv;
- tipul mixt sau combinat.

Tipul inatent

Vorbim despre tipul inatent atunci când copilul prezintă şase sau mai multe simptome de inatenţie, prezentate anterior.

Tipul hiperactiv – impulsiv

Stabilirea acestui diagnostic se face în condiţiile în care la copil se regăsesc cel puţin şase simptome de hiperactivitate şi impulsivitate.

Tipul mixt sau combinat

Pentru acest tip, copilul trebuie să prezinte cel puţin şase simptome de inatenţie sau de hiperactivitate – impulsivitate.

Tratamentul ADHD se face de către o echipă, specialiştii acesteia având ca scop ameliorarea simptomelor. Echipa este formată din psihologi, specialişti în terapie ocupaţională, specialişti în asistenţă de sănătate cu competenţă în ADHD, profesorii şi nu în ultimul rând membri familiei.

Tratamentul psihoterapeutic (fără medicamente) presupune ca primă etapă *evaluarea diagnostică* a medicului specialist, urmând apoi *strategia terapeutică* propriu-zisă. Această strategie este individualizată şi presupune alegerea modelelor terapeutice cele mai potrivite pentru simptomele ţintă. Cea de-a treia etapă a tratamentul psihoterapeutic constă în *monitorizarea simptomelor şi adaptarea strategiei* şi reprezintă una dintre componentele cele mai importante ale tratamentului ADHD. Se urmăreşte evoluţia simptoamelor manifestate în diferite domenii şi din diferite medii (familial, şcolar etc.).

Relaţia familie – copil cu ADHD este extrem de importantă pentru reuşita tratamentului. Vorbim aici despre oferirea de către familie a unui mediu suportiv, prietenos, deschis spre comunicare. Formularea mai greoaie a ideilor sau utilizarea unor cuvinte în mod incorect nu trebuie să fie o ocazie în care să fie făcuţi de ruşine.

Terapia comportamentală, recomandată de Asociaţia Americană de Psihiatrie, este utilizată pentru modificarea comportamentului uman şi presupune utilizarea unor tehnici de învăţare de bază care se referă la condiţionare, biofeedback şi terapie aversivă.

Consilierea psihologică a copilului cu ADHD şi a adulţilor din familia acestuia are ca scop identificarea problemelor comportamentale cauzate de simptomele hiperactivităţii şi a strategiilor de rezolvare a acestora.

Pentru adulţi, tratamentul ADHD presupune, atât administrarea de medicamente, cât şi psihoterapie. Consilierea psihologică cuprinde educaţie despre ADHD, participarea

la grupuri de suport sau la şedinţe de consiliere individuale. De asemenea, adulţii mai pot participa şi la şedinţe de dezvoltare a abilităţilor în care se învaţă tehnici de organizare sau cum să fi un bun manager a timpului.

BIBLIOGRAFIE

ARCAN, P., CIUMĂGEANU, D., 1980, *Copilul deficient mintal,* Ed. Facla, Timişoara.

BRAY, I., WRIGHT DE, DAVIES, C., HOOK EB., 1998, *Joint estimation of Down syndrome risk and ascertainment rates: A meta-analysis of nine published data sets – Prenatal Diagnosis*

CAPLAN, G., 1964, *Principles of preventive psychiatry,* Tavistock publication, London.

CASSIDY, SB., 1991, *Prader-Willi syndrome and other chromosome 15q deletion disorders,* Noordwijkerhout, Netherlands: Springer-Verlag.

CHIVA, MATTY., 1973, *Debiles normeaux, debiles patologiques,* Ed. Delachaux et Niestle, Neuchatel.

CHIVA, MATTY, RUTSCHMANN, YVETTE, trad. 1979, „Etilogia debilităţii mintale" în Zazzo R. (coord.) *Debilităţile mintale,* EDP, Bucureşti.

COVIC, M., 2004, *Genetică medicală,* Ed. Polirom, Iaşi.

CUCURUZ, DANIELA, 2004, *Autism – cartea pentru părinţi,* Ed. Licenţia Publishing, Bucureşti.

DAMASCHIN, D., 1972, *Defectologie-deficienţa de vedere,* E.D.P., Bucureşti.

DRUŢU, I., 1995, *Psihopedagogia deficienţilor mintal (lecţii),* Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj Napoca.

ENĂCHESCU, C-TIN, 1996, *Tratat de igienă mintală,* E.D.P., Bucureşti.

IONESCU, GH., 1985, *Psihologie clinică,* Ed. Academiei, Bucureşti.

IONESCU, S., 1974, „Specificitatea deficienţei mintale", în *Revista de Psihologie,* nr. 3, Bucureşti.

IONESCU, S., RADU, V., 1973, „Diagnoza deficienţei mintale" în *Revista de Psihologie* nr.3, Bucureşti.

MARE, V., DRUŢU, I., PREDA, V., 1999, *Defectologie,* Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj Napoca.

MC. INNES, J.M., TREFFRY, J.A., 1992, *Copilul cu surdocecitate. Ghid de dezvoltare,* Ed.Semne, Bucureşti.

MUREŞAN, CRISTINA, 2004, *Autismul Infantil – Structuri Psihopatologice şi Terapie Complexă,* Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

PEETERS, T., 2009, *Autismul. Teorie şi intervenţie educaţională,* Ed. Polirom, Iaşi

POPOVICI, D.V., MATEI, RALUCA-SILVIA, 2007, *Recuperare şi educaţie în polihandicap,* Ed. Ovidius University Press, Constanţa.

PRADER, A., LABHART, A., WILLI, H., 1956, *Ein Syndrom von Adipositas, Kleinwuchs, Kryptorchismus und Oligophrenie nach myatonieartigem Zustand in Neugeborenenalter (A syndrome of adiposity, short stature, hypogonadism and hypomentia after hypotonia in the newborn),* Schweiz Med Wochenschr.

RADU, GH., 2000, *Psihopedagogia şcolarilor cu handicap mintal,* Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.

ROIZEN, N.J., PATTERSON, D., 2003, *Down's syndrome,* Lancet.

ROZOREA, ANCA, 2003, *Deficienţe senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale – Psihopedagogia deficienţilor de văz,* Partea I, Ed. Ex Ponto, Constanţa.

ROZOREA, ANCA, 2003, *Deficienţe senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale – Psihopedagogia deficienţilor de auz,* Partea a II-a, Ed. Ex Ponto, Constanţa.

ROŞCA, M., 1967, *Psihologia deficienţilor mintal,* E.D.P., Bucureşti.

STRĂCHINARU, I., 1994, *Psihopedagogia specială,* vol.I, Ed.Triniras, Iaşi.

TURPIN, R., LEJEUNE, J., 1965, *Les chromosomes humains,* Gauthier – Villars, Paris.

TURPIN, R. ŞI COLABORATORII, 1955, *La progenese - Facteurs preconceptionnels du developpement de l'enfant,* Masson, Paris.

VERZA, E , 1998, *Psihopedagogia specială*, E.D.P., București.

VERZA, E.F., 1998, „Integrarea școlară a copiilor cu handicap asociat, sever și profund" în E. Verza și E. Păun (coord.) *Educația integrată a copiilor cu handicap*, Tipografia Multiprint, Iași.

VERZA, E.F., 2002, *Introducere în psihopedagogia specială și în asistența socială*, Ed. Fundației Humanitas, București.

VERZA, E.F., RACU, AURELIA, DANII, A., 2011, *Psihopedagogia corecțională*, Chișinău.

ZAZZO, R., 1979, *Debilitățile mintale*, EDP, București.

Surse internet

Alianța grupurilor de sprijin (suport) pentru bolnavii cu afecțiuni genetice: http://www.geneticalliance.org

Asociația Sindromul Klinefelter : http://www.genet.org/KS

Congresul national al sindromului Down (USA): http://www.members.carol.net/~ndsc

Geneclinics – bază de date despre bolile genetice : (http://geneclinics.org)

Societate Sindromul Turner (USA) : http://www.turner-syndrome-us.org.

CAPITOLUL XV
ÎNVĂȚARE ȘI CURRICULUM ÎN EDUCAȚIA SPECIALĂ

1. SENS ȘI SEMNIFICAȚII ALE ÎNVĂȚĂRII

Studiile și cercetările destinate fenomenului învățării au înregistrat progrese considerabile, începând, mai ales, din a doua jumătate a secolului al XX – lea și până în prezent. Este, în mod evident, o evoluție puternic marcată de dezvoltarea succesivă a unor noi abordări și interpretări însoțite, îndeaproape, de schimbări semnificative de atitudine și de largi deschideri aducerii în prim plan a valorii formative acestei forme fundamentale a activității umane. Evident, odată cu progresele unui asemenea demers explorativ s–a schimbat și modul tradițional de a privi învățarea (și instruirea); a sporit simțitor interesul pentru cunoașterea mai aprofundată a învățării și a aplicațiilor ei practice; pentru explicarea proceselor și mecanismelor specifice; pentru identificarea diversității modurilor în care oamenii învață și sunt învățați; pentru relevarea impactului învățării asupra dezvoltării individuale și sociale. În prezent, în unanimitate, am putea spune, se vorbește despre implicațiile și repercusiunile hotărâtoare ale învățării asupra tuturor celorlalte activități caracteristice diferitelor sectoare ale vieții social-culturale și economice.

Un semn, foarte îmbucurător, ce se poate observa actualmente, este apariția unor noi orientări și tendințe ce se manifestă în domeniu. Așa, de exemplu, dacă multă vreme învățarea a constituit un centru de interes apropiat mai ales psihopedagogilor și pedagogilor (o problemă de psihopedagogie și pedagogie), astăzi, ***învățarea și raporturile om – învățare, societate – învățare, interesează pe fiecare individ în parte și societatea în ansamblul ei. Studiul acestor relații aparțin, acum, problemelor celor mai importante ale psihologiei generale.*** Învățarea a devenit o preocupare de primă importanță pentru psihologia generală, ca și pentru psihopedagogie și științele educației. După cum se dovedește, este unul din conceptele științifice fundamentale preluat și explorat de toate celelalte științe umane și sociale: sociologie și istorie, filosofie și etică, epistemologie și antropologie, lingvistică și științele comunicării, științele economice și politologice; științele ecologice și manageriale etc. Și nu mai puțin, în matematică și biologie, în neurofiziologie și științele tehnologiei, în teoria informației și în noile tehnologii informaționale și de comunicare ș.a.m.d.

În fața acestor perspective, în mod inevitabil se pun o serie de întrebări, dar mai ales: ***Cum se explică această extindere și intensificare, fără precedent, a studiilor și cercetărilor rezervate învățării ? De ce învățarea a devenit o problemă majoră a acestei perioade istorice ?***

Cu siguranţă, multe răspunsuri ar putea să fie puse în legătură cu funcţiile transformative (modelatoare) şi adaptative ale învăţării, unele operante la nivel individual, altele la cel social, aşa după cum rezultă din cele ce urmează:

1.1. Prin învăţare - omul investeşte în propria dezvoltare

Modelul ultimelor decenii al dezvoltării umane include învăţarea între principalele resurse ale acestei deveniri. De învăţare este legată constituirea însăşi a esenţei fiinţei umane, dezvoltarea plenară a acesteia. Teoretic, învăţarea este privită ca una dintre condiţiile care deschide posibilităţi reale dezvoltării individuale şi sociale. Posibilitate explicabilă prin faptul că învăţarea se impune ca un proces care urmăreşte transformarea naturii psihice şi fizice a omului; care produce transformări în modul de gândire, de simţire şi de acţiune a omului; ca un proces de schimbare calitativă a celui care învaţă. Un factor care contribuie la îmbogăţirea cunoaşterii, la construcţia cunoştinţelor, la creşterea puterii de a şti şi de a acţiona a omului. Învăţarea furnizează energia necesară individului de a se afirma, de a se realiza, de a-şi pune în valoare propriile potenţialităţi, de a învinge în lupta cu greutăţile vieţii.

Actualele teorii ale învăţării (la care ne vom referi mai departe) iau în consideraţie influenţele imediate şi profunde ale acestei activităţi asupra factorului uman. Sunt teorii care pun în evidenţă efectele structurante şi imensele posibilităţi ale capacităţii de învăţare de a crea noi structuri mentale, cognitive şi operaţionale, emoţionale şi motivaţionale, al căror principal efect se regăseşte în schimbarea calităţii umane, în structurarea personalităţii, în multitudinea dimensiunilor ei definitorii. Prin învăţare, forţele intelectuale (gândire, inteligenţă, memorie, înţelegere, capacităţi rezolutive etc.) nu numai că sunt supuse unor intense solicitări şi exersări, dar, în acelaşi timp, ating şi un nivel mai înalt şi mai complex de dezvoltare. De învăţare se leagă formarea impresiilor şi imaginile valorilor, dezvoltarea abilităţiilor şi competenţelor, a unor atitudini şi aptitudini, iniţiative creatoare şi responsabilităţi.

Este un fapt bine cunoscut, că deşi fiinţa umană este purtătoarea unor potenţialităţi naturale ale dezvoltării sale intelectuale, obiectul cunoaşterii, modalităţile cunoaşterii, întinderea şi calitatea acestora sunt nedeterminate. Ele nu capătă dimensiuni decât prin actul învăţării. Din acest punct de vedere, puterea cunoaşterii şi a învăţării sunt nelimitate; capacitatea individului de a învăţa este, virtual, infinită. Învăţarea se impune ca un factor de bază al dezvoltării potenţialităţilor psihice şi fizice umane. Nu întâmplător, unii teoreticieni văd în capacitatea de învăţare *„cea mai umană capacitate"*, între celelalte capacităţi umane (**J. R. Kidd**, 1981); o capacitate care se defineşte prin valenţele ei transformative, formative, prin forţa stimulatorie a dezvoltării fiinţei umane.

Astfel, toate transformările pe care învăţarea le generează au un sens uman bine determinat: este ***sensul larg al actualizării şi dezvoltării potenţialităţilor umane; al dezvoltării unor potenţialităţi noi de mobilitate şi adaptare a individului la exigenţele muncii şi cerinţele vieţii sociale. Promovarea acestor potenţialităţi atribuie astfel învăţării semnificaţia unei intervenţii modelatoare extinsă asupra tuturor indivizilor şi mai ales o grijă cu totul aparte arătată copiilor socialmente şi culturalmente defavorizaţi, ori copiilor cu deficienţe intelectuale şi alte deficienţe.*** Odată cu afirmarea acestor funcţii transformative, formative sau modelatoare, activitatea de învăţare capătă

un ***sens şi un obiectiv bine determinat în universul activităţii şi al vieţii; ea lucrează în direcţia dezvoltării omului.*** Stimularea acestei dezvoltări devine fenomenul concret şi promovat prin învăţare pe toate treptele înaintării ontogenetice. În afara acestui orizont al dezvoltării, învăţarea îşi pierde sensul şi semnificaţiile specifice pe care ea le are. Din acest punct de vedere, învăţarea şcolară sau formală, instruirea, are marele merit de a sistematiza acest proces de stimulare a dezvoltării potenţialităţilor nedeterminate ereditar pe care indivizii nu le–ar putea dezvolta prin propria lor putere. Instruirea dezvoltă un mod de funcţionare intelectuală mai puternic, mai economic şi mai funcţional.

Definiţiile şi teoriile învăţării vor avea darul să scoată şi mai pregnant în evidenţă evoluţiile adevăratului sens şi semnificaţii atribuite acestei forme fundamentale de activitate, faţă de concepţiile anterioare. Iar secvenţele ce vor fi destinate relaţiei dezvoltare-învăţare, respectiv adaptare-învăţare, vor aduce date în plus în sprijinul explicitării cuvenite.

1.2. Societatea modernă conferă învăţării semnificaţia unei valori

În opinia noastră, interesul crescând, arătat învăţării, îşi găseşte explicaţia în evoluţia însăşi a societăţii, în schimbările profunde pe care ea le încearcă. Prefaceri al căror dinamism şi–a găsit concretizare în dezvoltarea unui alt tip de societate. O societate fundamentată, de această dată, pe cunoaştere şi acţiune întemeiată pe cunoaştere; o societate a cunoaşterii şi a comunicării generalizate, cu alte nevoi şi aşteptări, cu alte perspective ale dezvoltării ei şi a membrilor ei, dar şi cu alte oferte educaţionale înaintate generaţiilor mai noi.Toate acestea au făcut să crească nevoia de cunoaştere a omului. Şi odată cu ea, nevoia de învăţare a fiecărui individ şi a societăţii în ansamblul ei.

O societate a cunoaşterii, volens-nolens, are nevoie de mai multă învăţare şi instruire; obligă la cerinţe superioare de învăţare. Cunoaşterea şi învăţarea sunt două activităţi umane fundamentale şi inseparabile. Este adevărat, cunoaşterea este factorul primordial. Fără progresul ei continuu şi rapid, de-a lungul istoriei, omenirea nu ar fi, desigur, ceea ce este astăzi. În bună parte, cunoaşterea a evoluat, însă, în strânsă legătură cu învăţarea care, practicată în succesiunea generaţiilor, a asigurat accesul acestora la cunoaştere, la asimilarea ei activă şi ducerea mai departe a progresului cunoaşterii în ştiinţă şi în tehnologie, în artă şi promovarea sistemului de valori perene. Cunoaşterea, am putea spune, este ceea ce a dat un rost şi o destinaţie învăţării în activitate şi în viaţă.

Or, în eforturile sale de adaptare la noile realităţi, la condiţiile unui mediu de existenţă şi de activitate incomparabil mai dinamic şi mai complex decât cel de altă dată, ale unui mediu cultural şi social propriu lumii moderne contemporane, în mod inerent, omul zilelor noastre se vede nevoit să ***se bizuie pe învăţare;*** pe o altă învăţare, calitativ superioară, mereu actualizată, mereu mai bine ordonată şi condusă, mai strâns legată de cerinţele activităţii practice, de nevoile obiective ale mediului de existenţă. Altfel, cum ar mai putea acesta să interacţioneze dinamic în raporturile sale cu un mediu atât de dinamic ? Pentru el, învăţarea, întocmai ca şi cunoaşterea şi comunicarea, are semnificaţia unui ***„act uman universal”*** , în sensul de a învăţa, în mod necesar, pe lângă cunoştinţe şi atitudini, reacţii emoţionale, metode de descoperire a adevărului şi de reflecţie asupra motivelor acţiunii şi însăşi acţiunea, o gamă imensă de noi structuri comportamentale şi fundamentările lor. Ceea ce poate să însemne că rezolvarea multora

dintre problemele şi nevoile omului de astăzi îşi pot găsi rezolvarea în condiţiile ajungerii la un mai înalt nivel de cunoaştere, de inteligenţă, de spirit pragmatic, de competenţă; în condiţiile beneficierii, de un învăţământ fondat pe noi abordări conceptuale şi curricular, cu un puternic caracter pregătitor pentru viaţă şi pentru o activitate constructivă.

Există câteva schimbări esenţiale de atitudine şi de acţiune manifestate de către societate şi de către individ, care atestă încrederea acestora în învăţare. Ca de exemplu, năzuinţa legitimă spre atingerea unui nivel superior de învăţare, în condiţiile unei organizări mai eficace şi mai eficiente a instruirii şi a educaţiei, situării învăţării pe primul loc în sistemul activităţilor didactice şi educaţionale. Este dezideratul mutării accentului dinspre predare spre învăţare, dinspre profesor, spre cel care învaţă; acordării unei poziţii primordiale învăţării.Tendinţe care în mod inerent vor atrage după ele o mai mare diversificare a stilurilor de învăţare, o personalizare a învăţării, o transformare a rolurilor ce revin elevilor, dar şi ale profesorilor. Şi alte multe schimbări sintetic exprimate în sintagma învăţământului centrat pe elev.

Este de bun augur, totodată, manifestarea venită din partea tinerilor şi adulţilor, a dispoziţiei acestora de a învăţa pe tot parcursul vieţii. Este un semn al conştientizării faptului că învăţarea continuă sau permanentă devine o condiţie a progresului uman şi profesional în toate domeniile de activitate; o condiţie, în ultimă analiză, a reuşitei în viaţă. Este semnul, mai ales, al unei societăţi care înaintează pe calea perfecţionării continue a pregătirii tuturor membrilor săi, a transformării calitative a educaţiei. În mod esenţial, învăţarea continuă este întruchiparea inseparabilă a trei moduri de a acţiona : ***a învăţa să înveţi, a continua să înveţi şi a învăţa toată viaţa.*** O provocare adresată, aşadar, tuturor membrilor societăţii şi societăţii în ansamblul ei. Desigur, aspectul cel mai important rezidă în ***a învăţa să înveţi,*** o tendinţă înţeleasă ca ***re-construcţie*** mereu reluată a învăţării, căci această căutare este ceea ce se află la baza întreţinerii întregului proces de învăţare, de la un capăt la altul. Motivaţiile şi aptitudinile necesare pentru continuarea efortului de învăţare îşi au originea în modul şi obişnuinţa de a învăţa, implementate elevilor încă din primii ani. Ceea ce echivalează cu deprinderea unui alt stil de viaţă care în mod imperios îşi face loc în conduita fiecăruia.

În fine, o societate a cunoaşterii este pe cale de a deschide noi şi îndrăsneţe perspective învăţării. În sensul în care, în optica unei asemenea societăţi, învăţarea nu se opreşte doar la formarea individului. Dincolo de sensul uman al promovării individului, învăţarea are şi alte multe şi importante semnificaţii sociale. Căci în condiţiile actuale, învaţă nu numai omul de sine stătător, solitar, ci învaţă întreaga comunitate din care el face parte, învaţă şi societatea. Ca atare, o societate a cunoaşterii în mod natural caută să îşi găsească o corespondenţă pe măsură, într-o societate a învăţării, capabilă să promoveze noi forme de învăţare. O ***învăţare societală*** aşa cum s-a prefigurat deja în ultimele decenii, care este de natură să angajeze o întreagă comunitate.

Toate cele menţionate până aici scot în evidenţă incontestabila importanţă, deopotrivă, a ***funcţiilor formative şi adaptative*** ale învăţării. Individul, ca şi societatea, au cu certitudine nevoie de învăţare. Problemele umane şi cele sociale sunt strâns legate de evoluţia cunoaşterii şi a învăţării. Învăţarea poate decide noi căi şi posibilităţi de cultivare a valorilor umane şi sociale. Aşa cum arată raportul Clubului de la Roma – consacrat învăţării, tradusă în dimensiunea ei istorică şi socială, învăţarea devine o condiţie esenţială a emancipării, a progresului şi a dezvoltării umane (**J. Botkin**, ş. a., 1981). Sunt

recunoaşteri pentru care societatea modernă se vede îndreptăţită să confere învăţării semnificaţia unei autentice valori şi un loc în rândul marilor valori ale epocii. Ceea ce pune în vedere fiecărui individ, fiecărui grup sau colectivitate să fie pregătită şi deschisă învăţării, să o încurajeze şi valorizeze prin angajarea unor resurse proprii în această direcţie (**C. Bîrzea**, 1995, pag. 5).

2. TEORII ŞI DEFINIŢII ALE ÎNVĂŢĂRII

Sensul şi semnificaţiile învăţării sunt reflectate, cel mai relevant, în conţinutul şi în evoluţia diferitelor definiţii ale acestui concept, elaborate de pe poziţii teoretice diferite, îndeosebi teorii despre cunoaşterea umană şi comunicare, despre dezvoltarea omului şi psihogeneza învăţării la om.

Realitatea este că, sensul învăţării a cunoscut transformări succesive şi importante, odată cu mersul redefinirilor la care a fost supus acest concept, până în zilele noastre. Câteva definiţii vor reuşi să marcheze, considerăm noi, aceste transformări.

2.1. Conceptul de învăţare

O definiţie sau alta a învăţării poate fi înţeleasă numai prin raportare la teoria (concepţia cercetătorilor) care a condus la elaborarea acesteia. După cât se cunoaşte, până în prezent, nu s-a putut constitui o teorie universal valabilă a învăţării. Ca atare, nu există şi nu contăm pe o singură teorie a învăţării, ci pe atâtea teorii, câte ipoteze diferite se pot construi în vederea unei explicaţii plauzibile a naturii învăţării. Deşi, trebuie să recunoaştem, în depăşirea acestei situaţii se lucrează intens în ultima vreme, îndeosebi la elaborarea unei teorii coerente a învăţării în şcoală (**Ausubel**, 1981, p. 3). Deocamdată, este remarcabil, totuşi, faptul că în literatura internaţională este folosit un concept larg împărtăşit, după care învăţarea este considerată drept ***o modificare stabilă a comportamentului atribuită experienţei subiectului ca răspuns la influenţele din partea mediului. Această modificare este o modificare adaptativă ce conferă subiectului o mai mare capacitate de acţiune asupra mediului său, ori de supunere a numeroaselor cerinţe ale acestuia***. Oricum, din experienţa trăită el reţine ceea ce poate ajuta la învingerea greutăţilor, la adaptare. (**H. Löwe**, 1978, pp. 27-34). Este o definiţie care priveşte atât latura ***învăţării prin cunoaştere*** (învăţare cognitivă, ca apropriere a cunoştinţelor), cât şi latura ***învăţării prin acţiune*** (ca aplicaţie practică, formare a deprinderilor). La care, s-ar mai putea adăuga alte câteva precizări, şi anume:

- modificarea de comportament se poate obţine atât pe calea dobândirii experienţei individuale, cât şi pe aceea a dobândirii experienţei social – istorice, a experienţei multiseculare a umanităţii;
- reuşita obţinerii acestor modificări ar fi condiţionată, potrivit actualelor concepţii, de trăirea deplină a respectivei experienţe, ca angajarea totală, a subiectului;
- în singularitatea ei, această trăire aparţine unui individ marcat de istoria sa personală; un individ care trăieşte, însă, în cadrul unui mediu social şi în timp bine determinat;

- în psihologia actuală, conceptul de comportament are alte înţelesuri decât cele atribuite în trecut, de psihologia behavioristă, de exemplu. Şi anume, termenul de „comportament" este luat acum într-o accepţie foarte largă, fără a-i limita înţelesul strict la cel de reacţie; el este privit mai degrabă ca un complex de reacţii (elaborate conştient) sau ca o acţiune integrantă. Mai exact, i se conferă un sens generalizat, pentru a acoperi o gamă mult mai cuprinzătoare de manifestări observabile, considerate a fi comportamentale. Un comportament este de natură să pună în evidenţă apariţia unor schimbări, mai mult sau mai puţin stabile, care privesc o arie foarte largă de aspecte, de la cele bio-motrice (modificare a posibilităţilor funcţionale ale organismului, a calităţilor fizice), până la cele cognitive şi afective (percepţie, gândire, trăiri emoţionale, sentimente etc.).

Fiind vorba de învăţare, este exclusă explicarea schimbării de comportament „pe baza maturizării organismului, a tendinţelor înnăscute de a răspunde, sau a altor stări temporare ale organismului (generate, de exemplu, de: oboseală, medicamente, droguri etc.)" (**E. R. Hilgard, S. H. Bower**, 1974, pag. 8). În acest sens, învăţarea este privită ca o schimbare în comportament necesară pentru a menţine un echilibru organism-mediu, ca un echilibru homeostatic (ca activitate de asimilare şi de transformare a mediului. (A se vedea mai pe larg secvenţa: „Adaptare prin învăţare").

În concordanţă cu definiţia enunţată, general acceptată, sunt şi numeroasele alte definiţii, în variante de dicţionar, sau prezentate în lucrări de specialitate, editate în ultima perioadă. Este adevărat, fiecare cu tendinţa de a aduce unele precizări sau nuanţări, în intenţia unei mai bune explicitări a aceleiaşi definiţii, după cum se poate deduce din exemplificările care vor urma, precum şi din sublinierile de la finalul acestei inventarieri. Astfel, potrivit unor surse bibliografice diferite, învăţarea poate fi privită ca:

- „O schimbare permanentă în comportament sau o comportare posibilă ce rezultă din experienţă", în: *The Psychology of Learning. An introduction for Student for Education.* (**G. R. Cross**, 1974, Oxford);
- „O schimbare permanentă în comportament sau o comportare posibilă ce rezultă din experienţă", în: *The International Encyclopedia of Education*, 1985, London;
- „O modificare relativă a comportamentului fundamentată pe experienţa trecutului", în: *The New Encyclopedia Britanica*, vol. 28, 1996, Chicago, London;
- „Un proces al cărui rezultat constă într-o schimbare comportamentală produsă pe calea uneia dintre formele de obţinere a experienţei: exersare, observare etc. dar şi în schimbări durabile, de toate tipurile, care au avut loc în comportamentul vizibil sau invizibil" (**L. Hand, B. F. Skinner, E. S. Tones**), în: *Ştiinţele educaţiei. Dicţionar enciclopedic*, 2007, Bucureşti, Editura Sigma;
- „Toate schimbările comportamentului interior sau exterior rezultate din experienţă" (**Vîgotski**, 1964);
- „Învăţarea este concepută ca o modificare a comportamentului, condiţionată de experienţă" (**S. Clauss**, 1965);

- „O modificare adaptativă a comportamentului" şi „O modificare a comportamentului în sensul adaptării progresive în cursul activităţii repetate în condiţii asemănătoare" (**H. Pieron**, 1968);
- „O formare a comportamentelor noi" (**B. F. Skinner**, 1974);
- „Acea modificare a dispoziţiei sau a capacităţii umane, care poate fi menţinută şi care nu poate fi atribuită procesului de creştere" (**R. M. Gagné**, 1977), în: *International Dictionary of Education* (**G. Terry, J. B. Thomas**, 1977, London – New York);
- „Schimbări în comportamentul individual ca urmare a unor experienţe proprii" (**J. R. Davitz, S. Ball**, 1978);
- „Proces al cărui efect este mai mult sau mai puţin durabil, prin care comportamentele noi sunt achiziţionate sau comportamentele deja existente sunt modificate în interacţiunea cu mediul sau ambianţa" în: *Dictionnaire de l"evaluation et de recherche en education*, 1979, Paris, PUF ;
- „O schimbare a comportamentelor şi performanţelor" (**H. Löwe**, 1978);
- „O anumită modificare de conduită; o modificare profundă, selectivă, care se produce sistematic, stabil într-o direcţie determinată (în direcţia perfecţionării reacţiei de răspuns la o situaţie, a creşterii productivităţii conduitei); o modificare adaptativă provocată de întâlnirea constantă, repetată, cu una şi aceeaşi situaţie stimulativă, sau de contactul anterior în situaţia dată" (**P. Golu**, 1985);
- „Învăţarea implică o schimbare de comportament"; „învăţarea înseamnă transformare" (**J. R. Kidd**, 1981);
- „O schimbare comportamentală relativ permanentă, datorată experienţei" (**E. S. Geller**; **P. S. Zeskind**, 1993);
- „Modificarea sistematică a comportamentului, în funcţie de experienţă" (**A. Lieury**, 1996);
- „O modificare durabilă a comportamentului care nu poate fi în mod unic atribuită maturizării psihice; a învăţa înseamnă a modifica comportamentul", în: **Raynal, Fr., Rieunier, Al.**, *Pedagogie dictionnaire des concepts cles* (apprentisages, formation et psychologie cognitive), 1997, Paris, ESF;
- „În sens larg, învăţarea înseamnă schimbare structurală, adică o schimbare survenită în structurile noastre cognitive, în modelele de interpretare, în construirea realităţii, în strategiile de rezolvare a problemelor. Procesele complexe ale învăţării sunt activităţi circulare, biopsihice, de care ţin diverse procese ale cunoaşterii", ca de exemplu percepţie, acţiune, reflecţie, amintiri, cunoştinţe, interese, sentimente, transformare, reconstrucţie,perturbare, homeostază. (**H. Siebert**, 2001, pag. 28)

După cum se poate constata, specialiştii atribuie învăţării semnificaţia unui proces generator de comportamente (activităţi) noi sau de trasformare a comportamentelor achiziţionate deja, ca urmare a trăirii unei experienţe noi oferită într-o situaţie dată. În alţi termeni sunt schimbări sau seturi de schimbări în planul stocării de cunoştinţe, al manifestării abilităţilor mentale, motrice etc. Aşa după cum subliniază Hilgard, „majoritatea comportamentelor oamenilor nu sunt altceva decât rezultate ale învăţării" (**Hilgard**, 1974, pag. 7).

În ce priveşte sintagma de ***învăţare şcolară,*** aceasta este o denumire generică utilizată pentru a desemna un demers, nu atât un rezultat; pentru a descrie o multitudine de procese şi mecanisme specifice, foarte diferite, prin care se poate ajunge la obţinerea unor transformări (schimbări, modificări) într–o direcţie dinainte stabilită, în comportamentele elevilor. Întotdeauna foarte dinamice, aceste procese reflectă aspectele în devenire ale comportamentelor (L. Titone). În plan intelectual, este vorba de transformări care determină sau susţin treceri ca cele : de la informaţie la cunoştinţe; de la imagini la concepte; de la cunoştinţe la acţiune; de la acţiune la gândire; de la reflectarea concret - senzorială la gândirea abstractă; de la date empirice la teorie; de la simple impresii la stări afectiv – atitudinale complexe sau stări emoţionale puternice; de la forme vechi de comportare la forme noi; de la un mod de funcţionare intelectuală la un altul mai suplu, mai viguros, mai economic, mai elegant şi mai eficace ş.a.m.d. Toate aceste modificări marchează o înaintare progresivă, în spirală, pe calea dezvoltării cunoaşterii şi a potenţialului de acţiune pe care individul o înregistrează.

2.2. Teorii psihologice şi definiţii ale învăţării

Aşa după cum am precizat, nu există o singură teorie generală a învăţării; există teorii ale învăţării.Teoreticienii învăţării moderne descriu actul învăţării în termeni diferiţi, fiecare de pe alte poziţii teoretice şi cu accent pe aprofundarea anumitor aspecte, fiecare căutând să ofere soluţii particulare la explicarea învăţării. Diversitatea teoriilor explică, în ultimă instanţă şi varietatea definiţiilor atribuite învăţării. Dintre cele peste 100 de teorii, care nici una nu a fost aplicată extensiv, câteva dintre ele s-au impus mai mult, aducând o serie de contribuţii semnificative la lămurirea înţelesului învăţării şi a muncii practicianului în acest domeniu. O succintă trecere în revistă a celor mai cunoscute şi semnificative teorii va fi îndeajuns pentru a reţine acele definiţii care au contribuţii remarcabile la întregirea imaginii noastre generale despre învăţare. Într-un fel sau altul, ele aduc o argumentaţie în plus în favoarea definiţiei generale expuse mai înainte.

În cele ce urmează, vom avea în vedere mai ales ***teoriile psihologice ale învăţării umane***, constituite în cea mai mare parte în ultima sută de ani. Din motive de evidenţiere a esenţialului, mai uşor de desprins pe fondul asemănărilor şi deosebirilor, aceste teorii vor fi grupate în funcţie de orientările principale care le-au generat. Unele vor fi tributare: A) ***orientării comportamentaliste***; altele, B) ***orientării cognitiv- constructiviste.*** În această privinţă, vom face adeseori referire la una dintre cele mai fundamentate şi autorizate lucrări în materie, şi anume „Teorii ale învăţării” (1974) ce aparţine renumiţilor cercetători americani ai psihologiei învăţării: E. R. Hilgard şi G. H. Bower.

Desigur, spaţiul limitat de care dispunem, nu va permite o extindere a analizei critice complete a acestei teorii. De aceea, le vom privi mai ales din perspectiva aportului specific pe care îl au la înţelegerea fenomenului învăţării, a legităţilor pe care sunt întemeiate, a contribuţiei aduse la reuşita organizării învăţării, mai ales în domeniul instruirii şi educaţiei.

2.2.1. Teorii de orientare comportamentalistă

Acestea sunt teorii care pun accent pe obţinerea comportamentului, a schimbărilor de comportament, fie pe calea asocierii condiţionării, fie a exersării, ori a transferului.

Între acestea, un loc de început în afirmarea teoriilor psihologice ale învăţării îl ocupă grupul de teorii care explică învăţarea prin schema clasică de formare a unor reacţii (schimbări comportamentale), prin asocierea stimul-răspuns (după faimoasa schemă S–R). În funcţie de maniera diferită în care se produce, această asociere poate fi:

- ***pe bază de contiguităţi sau apropieri*** (proximităţi) temporale S–R, de unde schimbarea comportamentală (R) apare ca o reacţie sau reflex la acţiunea stimulului (S), concepţie ce va sta la baza constituirii aşa – numitelor teorii ale ***condiţionării clasice;***
- pe baza ***consecinţelor*** conexiunii S–R, ce pot conduce la succes sau la eşec, prin întărire, unde schimbarea comportamentului (R) se obţine ca rezultat al conexiunii (S), succes sau recompense, ceea ce conduce la aşa numitele teorii ale ***condiţionării operante (instrumentale)*** .

2.2.1.1. Teorii ale învăţării prin condiţionare clasică

Acestea au ca principali reprezentanţi pe: I. P. Pavlov, J. B. Watson, E. R. Guthier şi alţii. I. P. Pavlov (1849-1936), şi colaboratorii săi, explică învăţarea (schimbarea de comportament) pe baza ***reflexului condiţionat***. Ei au ajuns la această interpretare în urma organizării unor experimente (pe animale), pornind de la ipoteza următoare: dacă la acţiunea unui ***stimul (excitant) natural*** (de exemplu, hrana) se leagă acţiunea unui ***stimul neutru*** (de exemplu, sunetul unei sonerii) şi un ***răspuns*** al organismului (de exemplu, salivarea la hrană), prin repetarea frecventă a acestei experienţe (legături) se poate ajunge în situaţia în care sunetul soneriei poate el singur să declanşeze reacţia (reflexul) de salivare al organismului. Acest lucru înseamnă că, în cele din urmă, a avut loc un transfer de putere de la stimulul natural la stimulul artificial, formându-se astfel un ***reflex condiţionat*** şi s-a putut ajunge la schimbarea comportamentului datorită acestei condiţionări. Studiul ştiinţific al acestor fenomene stă la baza formării: deprinderilor, obişnuinţelor, voinţei şi a altor comportamente reductibile la un ansamblu de reflexe condiţionate.

J. B. Watson (1879-1958), cunoscut drept întemeietorul behaviorismului, preocupat de obţinerea comportamentului observabil, explică învăţarea prin asocierea stărilor emotive (a unei emoţii fundamentale, precum teama) cu stimuli anteriori neutri (de exemplu, un zgomot puternic). Ca atare, prin asocierea percepţiei unui animal cu un zgomot puternic, care provoacă teamă, copilul învaţă să se teamă de animalul respectiv, deşi, înainte de experiment, acesta nu manifesta niciun fel de emoţie. Este o teorie aplicabilă mai ales în influenţarea formării unor emoţii puternice.

E.R . Guthrie (1986-1959) dezvoltă o teorie după care învăţarea s-ar desfăşura după legea „totul sau nimic". Pentru Guthrie, o asociere se formează atunci când apare o ***coincidenţă temporală sau spaţială*** între stimul şi reacţie (o simultaneitate sau o succesiune în timp). Asocierea aceasta poate să fie consolidată prin repetare, ceea ce ar putea să însemne că două experienţe care s-au petrecut împreună şi în acelaşi timp, au tendinţa ca ulterior, fiecare să cheme din nou în conştiinţă pe cealaltă experienţă. În cazul acesta, ar fi vorba de o învăţare care ţine seama de principiile: coexistenţei în timp şi în

spaţiu, al succesiunii temporale, ceea ce ar favoriza desprinderea asemănărilor şi a contrastelor în abordarea unor fenomene, evenimente şi ar favoriza, de asemenea, producerea asociaţiilor de durată.

2.2.1.2.Teorii ale învăţării prin condiţionare operantă (instrumentală)

Şi la baza acestor teorii rămân valabile asociaţiile, formarea legăturilor. Numai că, dintr-un simplu act de percepere, acestea devin acum un fapt de comportament. Devin un mecanism de acomodare a comportamentului la proprietăţile mediului inconjurător şi nu simplă percepere sau cunoaştere pasivă a acestora. În acest sens, învăţarea este privită ca un fapt de modificare a comportamentului; ***este în primul rând modificare a comportamentului ca rezultat al experienţei*** (**J. R. Kidd**, 1981, pag. 190).

Concepţia învăţării pe baza reflexelor condiţionate îşi găseşte suportul în datele teoriei clasice a reflexelor condiţionate (I. P. Pavlov), în experienţa „învăţării prin încercare şi eroare", în „legea efectului" (E. C. Thorndike) şi în cercetarea reflexelor operante sau instrumentale (B. F. Skinner).

Potrivit acestei orientări behavioriste sau comportamentiste, constituită la începutul secolului al XX–lea, şi care are ca reprezentanţi de seamă pe E.C. Thorndike, J. B.Watson, Cl.L.Hull, E.C.Tolman, B. F.Skinner, totul este comportare. Şi totul se poate învăţa punând individul în situaţia de a se comporta în sensul dorit. Conţinutul instruirii ar fi, în asemenea situaţie, o problemă de modelare a comportamentului. Pe scurt, schimbările în comportament ar fi, în fond, simple reacţii (răspunsuri) la stimulii externi. Învăţarea ar putea să fie restrânsă la această simplă legătură dintre stimul şi răspuns, după schema S–R. Potrivit acestei explicaţii conexioniste, prezentând un anumit conţinut – stimul, în condiţiile utilizării anumitor metode , este posibil să se obţină anume rezultate. Un act învăţat este rezultatul încercării **diverselor** răspunsuri posibile la situaţiile stimul. Mai exact, s-ar produce în baza ***legii încercării şi erorii,*** formulată de Thorndike. Modul cum se stabileşte legătura S–R este explicat, mai departe, în baza ***legii efectului,*** pusă în evidenţă de acelaşi cercetător. Lege care spune că dacă un act este urmat de o stare de lucruri satisfăcătoare, posibilitatea reapariţiei lui într-o situaţie asemănătoare este sporită. Învăţarea depinde, deci, foarte mult de ceea ce se întâmplă după reacţie. Aşa s-a ajuns la noţiunea de întărire. Întărirea sau consolidarea răspunsului se poate obţine pe baza unui reflex condiţionat, procedură dezvoltată de Pavlov şi denumită condiţionare clasică sau responsivă, aşa după cum am mai precizat.

În demersurile sale, Thorndike (1874-1949) porneşte de la premisa că formarea obişnuinţelor se întemeiază pe îmbinarea situaţiilor cu reacţiile organismului; în experimentele sale, Thorndike a căutat să afle după ce legi se realizează păstrarea celor învăţate (întărirea reacţiei la stimulul situaţiei). În urma cercetărilor efectuate ajunge să formuleze ***teoria învăţării prin întărirea legăturilor*** şi să scoată în evidenţă natura comportamentală a conexiunii S – R.

Mergând pe această direcţie, Thorndike constată că reacţiile la un stimul (situaţie) sunt conservate şi reproduse doar dacă sunt asociate cu o ***stare agreabilă*** şi în condiţiile repetării experienţei date, stare pe care o numeşte „întărire".

Întărirea este o acţiune produsă de un agent (semnal) întăritor, legat de anumite trebuinţe ale individului (hrană, aprobare, recompensă etc.), având ca efect consolidarea unui anumit comportament. Întărirea apare ca o recompensă după ce a fost efectuat un

exercițiu dificil. De exemplu, Thorndike explică această constanță a asocierii situație – reacție pe baza „legii efectului". În sensul că, efectul pozitiv, plăcut, care are o semnificație, adică este legat de anumite trebuințe ale individului, apare ca întărire a comportamentului celui care se învață. Este un mecanism asociativ ce tinde să evite ceea ce deranjază procesele vitale.

Orice învătare are nevoie de întărire pentru a dura în timp. Nu există învățare fără întărire, care să fortifice şi să consolideze motivația învățării. Spre exemplu, în învățarea şcolară, notele bune, felicitările, aprecierile sau pedepsele utilizate de educator sunt agenți întăritori, folosiți în vederea incurajării sau stimulării motivației inițiale. Recompensele dau un sentiment de satisfacție, stimulează şi amplifică eficiența individului (grupului). Spre deosebire de posibilele pedepse aplicate, care pot să descurajeze eforturile învățării.

Modelul explicativ formulat de Thorndike a stârnit un viu interes în rândul practicienilor şcolari, fiind preluat ca psihologie oficială a învățării de multe sisteme de învățământ moderne.

Conceptul de întărire a fost dezvoltat mai târziu de B.F.Skinner. Spre deosebire de condiționarea clasică realizată după schema S–R, Skinner explică însuşirea unui comportament sau schimbarea în comportament printr-o „condiționare de al II-lea tip", adică ce operează după schema S–R–S. Respectiv, Skinner stabileşte experimental că subiectul, adaptându-se la condițiile mediului, obține o satisfacție. Or, tocmai această satisfacție obținută prin comportament (intervenția subiectului) şi întărită consecutiv execuției lui, va determina repetarea comportamentului, consolidarea lui, de întărire. Skinner este preocupat de forța operantă a răspunsului comportamentului format,prin posibilitatea reapariției lui, datorită asocierii cu satisfacerea unor trebuințe ale organismului adică prin întărirea răspunsului. Ca întăritori putând să fie : cunoaşterea imediată a rezultatelor, recompensele sau penalizările imediate, lauda, comparația cu modelul, aflarea succesului, reuşita la un test, critica, atenția acordată etc. „Întărirea înseamnă pentru elev a şti că este pe calea cea bună în parcurgerea subiectelor ce formează secvența de învățare" (**Davitz**, 1978, p. 23). Potrivit experiențelor efectuate de Skinner, întărirea este mai eficace dacă este promptă şi dacă apare înainte ca alt comportament să poată interveni. Iar recompensele sunt, în general, mai eficiente decât pedepsele.

Toate aceste aspecte sunt tratate sub denumirea de ***condiționare operantă sau instrumentală,*** reacțiile fiind considerate drept instrumente pentru modificarea mediului. Răspunsul de adaptare la mediu, nefiind provocat de mediu, ci reprezentând inițiativa spontană sau conştientă a subiectului, comportamentul de răspuns este determinat de consecințele lui. Adică, avem de a face cu un ***comportament operant,*** voluntar, de care subiectul se foloseşte ca de un instrument în eforturile sale de adaptare la provocările mediului.

Skinner este preocupat de forța operantă a răspunsului (comportamentului format) prin posibilitatea reapariției lui, datorită asocierii cu satisfacerea unor trebuințe ale organismului. Adică, prin întărirea răspunsului.

Skinner a aplicat principiile învățării prin întărire la punerea la punct a ***instruirii programate*** şi la construirea maşinilor de învățat, ceea ce a deschis calea spre învățarea asistată de calculator. Sunt inovații care demonstrează că întărirea rezultată din satisfacția

pe care şi-o procură subiectul care învaţă prin verificarea răspunsului bun pe care a ştiut să-l dea la întrebarea care i-a fost adresată, face să crească eficienţa activităţii sale.

Cunoaşterea imediată a rezultatului este un întăritor. Cu cât validarea este mai operativă, cu cât intervenţia feedback-ului este mai promptă, dându-i elevului posibilitatea de a-şi controla eforturile învăţării şi rezultatele lor, prin confirmarea sau infirmarea unei reuşite autocontrolate pas cu pas, cu atât acea învăţare devine mai eficientă, cresc posibilităţile de autoreglare a învăţării, susţine Skinner, 1974.

2.2.2. Teorii de orientare cognitivistă

În esenţă, aceste teorii acordă un interes cu totul deosebit problemelor cunoaşterii şi ale învăţării, mai precis : investigării proceselor specifice care stau la baza dezvoltării cunoaşterii individuale, a proceselor mentale, a înţelegerii şi a formării conceptelor.

În fond, ce aduc nou aceste teorii cognitiviste faţă de precedentele teorii asociaţioniste şi comportamentaliste ?

Noutatea constă în faptul că, în timp ce teoriile anterioare puneau pe seama forţelor externe modificarea comportamentului observabil, teoriile cognitiviste acordă prioritate forţelor interne, mentale, care induc schimbări în comportament. Pentru psihologii cognitivişti, stimulaţiile exterioare, ce vin din partea mediului, nu sunt suficiente; importante sunt modificările (transformările, schimbările) ce se petrec la nivelul conştiinţei, al structurilor mentale (cognitive şi operaţionale). Respectiv, schimbarea în comportamente, învăţarea, este privită ca un proces de construire, deconstruire şi reconstruire, niciodată încheiate, a structurilor mentale. Accentul este pus pe mobilizarea acestor structuri în producerea învăţării.

Aceste teorii se diferenţiază şi ele, grupându-se, unele dintre ele, în jurul: a) ***constructivismului cognitiv*** (J. Piaget); altele în b) categoria ***constructivismului social*** (L.S. Vîgotski); iar cele mai recente în c) grupul teoriilor ***construcţionismului aplicativ***, sau ***construcţionalismului*** (S.Papert).

2.2.2.1. Teorii constructivist–cognitive

Astfel de teorii, preocupate cu deosebire de dezvoltarea intelectuală, s-au bucurat de o susţinere extrem de fructuoasă din partea lui: J. Piaget, B.S. Bruner, D.P. Ausubel, R.M. Gagnè, H. Aebli, P. Bovet, P. I. Galperin, A.N. Leontiev ş.a.m.d.

2.2.2.1.1. a). Teoria gestaltistă

Teoria gestaltisă (comportamentistă sau a formei) (lb.germană *gestalt* = formă) are ca reprezentanţi de seamă pe M. Wertheimer,1912, W. Kohler, 1925, R. Kaffka, 1924 şi alţii. Iar în ţara noastră pe P. Popescu – Neveanu, P. Golu, I. Mânzat, G. Nicula ş.a.

Este o teorie preocupată în mod deosebit de procesele sau fenomenele percepţiei şi de legile organizării percepţiei, deopotrivă aplicabile după ei şi în învăţare. Gestaltiştii acordă atenţie întregului, preponderenţei întregului asupra părţilor; legăturilor de ansamblu din interiorul conţinutului, mai degrabă decât comportamentelor acestuia, stimulilor izolaţi sau episoadelor izolate ale acţiunii. Ceea ce contează cel mai mult, este întregul organizat, coerent şi nu părţile juxtapuse (alăturate). În funcţie de acest întreg, de ambianţa percepută ca o structură, subiectul îşi reorganizează experienţa, până ajunge la „insight". Învăţarea ar fi astfel o experienţă ordonată şi structurată global şi s–ar desfăşura

după legi sau principii de organizare precum: legile permanenței, legile asemănării, ale apropierii, ale formei celei mai potrivite, ale continuității etc.

De aceea, în actul învățării, important este să se înceapă cu înțelegerea semnificației ansamblului sau întregului dat, cu prezentarea modelelor mai largi, a imaginii de ansamblu a acțiunii, a procesului, a jocului etc. și numai după aceea să se treacă la exersarea sarcinilor specifice de învățare.

În felul acesta, învățarea propusă de gestaltiști înlocuiește procesul învățării bazat pe „încercări și erori„ cu ***„insight”***-ul, ca înțelegere subită, spontană, anticipată, ca percepție dintr-o dată și globală a interrelațiilor specifice unei probleme și apariția bruscă a soluției. Important ar fi astfel să ne ocupăm de organizarea și reorganizarea câmpului cognitiv al percepției, de organizarea materiei sau de structurarea conținutului, profesorului revenindu-i sarcina să ofere elevilor o privire de ansamblu asupra subiectului tratat.

Exagerările legate de exigența formelor, ca și subaprecierea intervenției active, bazată pe operațiile gândirii asupra materiei de studiat, au făcut ca această orientare să-și piardă importanța.

Un anumit rol a jucat teoria gestaltistă în dezvoltarea a ceea ce se numește ***teoria câmpului***, a lui Kurt Lewin, valorificată mult în studierea dinamicii grupului școlar.

2.2.2.1.2. b) Teoria psihogenezei cunoștințelor și a dezvoltării operatorii a inteligenței

În construcția teoriei sale, Piaget, ca și ceilalți cognitiviști, pornesc de la ideea potrivit căreia cunoașterea nu este o copie a realității, o reflectare pasivă a acesteia; ea este o reflectare activă, ce presupune o intervenție, o acțiune asupra realului, în sensul transformării realului. Prin firea lucrurilor, cunoașterea este fondată pe nevoia de acțiune a individului, pe angajarea lui activă în actul cunoașterii (al învățării). Ca atare, Piaget explică dezvoltarea cunoașterii și sensul învățării pornind de la acțiune, respectiv de la acțiunea convertită în ***operație*** și ***structurile de operații*** ori ***schemele de operații*** (operaționalitatea cognitivă).

Astfel, pentru Piaget, a ajunge la cunoașterea unui obiect copilul trebuie să acționeze asupra acelui obiect și prin acțiune să-l modifice, să-l supună transformării și să înțeleagă procesul transformării. Dezvoltarea cunoașterii și mersul învățării pornesc de la acțiunea lui directă; de la acțiuni efective, externe, concrete, precum cele de căutare, de explorare, de redescoperire, de rezolvare de probleme etc. Prin internalizare (interiorizare) asemenea acțiuni se traduc în operații mentale (operații de gândire, de imaginație etc.). Operațiile nu sunt altceva decât internalizări ale acțiunilor care modifică obiectul cunoașterii; transformări ale acțiunilor în operații mentale sprijinite de verbalizarea acțiunilor, de acțiuni simbolice. Asemenea operații mentale sunt reconstituiri, reprezentări sau anticipări interne ale respectivelor acțiuni externe. Și pot lua forma: observației, sesizării, identificării, comparației, aranjării, clasificării, explicării, explorării, enumerării, analizei, sintezei, abstractizării, generalizării etc., ajungându-se până la prototipuri ale unor operații științifice de tipul : emiterii unor ipoteze, stabilirii de relații funcționale, invenției unor alternative sau soluții, experimentării, codării și decodării, măsurării și evaluării corectitudinii ș.a.m.d.

Important este faptul că pe baza unei înlănţuiri de acţiuni, şi în virtutea unor legii ale reversibilităţii şi asociativităţii, apare posibilitatea constituirii unor ***scheme operatorii*** sau, ***structuri operatorii.*** O schemă sau o structură de acest gen este un ansamblu format din operaţii în aşa fel sudate între ele încât fiecare operaţie depinde de celelalte şi nu poate să fie ceea ce este decât în şi prin relaţie cu altele. Ca elemente, operaţiile sunt subordonate legilor compoziţiei care conferă întregului proprietăţile ansamblului, distinct de cele ale componentelor sale. O schemă sau o structură funcţionează, deci, ca un tot, ca o totalitate funcţională dinamică; ea este o dispoziţie de a acţiona, o structură potenţială pentru acţiuni de viitor. Ca teoretician al genezei cunoaşterii, Piaget consideră că asemenea scheme sau structuri sunt nişte instrumente ale asimilării, prin intermediul lor putându–se ajunge la transformări sau structurări ale realităţii. Deschise la realitate ele au, de asemenea, proprietatea de a se acomoda realităţii prin depăşirea modelului lor de structurare. De existenţa schemelor se leagă capacitatea de acţiune efectivă sau simbolică, materială sau verbală, din care rezultă construcţia cunoaşterii, construcţia cunoştinţelor formale, reprezentările realităţii, reconstrucţiile în gândire, combinaţiile şi exprimările; utilizarea lor reflectă capacitatea individului de a se folosi de propria inteligenţă. Pentru Piaget, importante sunt schemele (structurile) mentale, rezultat al experienţelor de viaţă în tipare coerente de inteligenţă şi care, în esenţă, reprezintă cunoştinţele împreună cu relaţiile care se stabilesc între ele.

Aşa după cum arată cercetările piagetiene legate de dezvoltarea cunoaşterii individuale, copiii vin pe lume cu astfel de trasee elementare care, progresiv, se diferenţiază datorită activităţii motrice, activităţii simbolice (utilizării limbajului), activităţii simbolice şi motrice laolaltă, până se constituie într-o reţea de scheme legate între ele, care reprezintă structuri de operaţii cognitive sau intelectuale. Primele scheme sunt înainte de toate senzorio – motorii. „Ele reprezintă echipamentul comportamental, redus, desigur, cu care copilul vine pe lume. Un echipament constituit în mod esenţial din reflexe (de a apuca, de a suge…). Aceste reflexe sau "scheme de acţiune" sunt înscrise în prealabil în gene şi fac parte din zestrea ereditară a speciei. Cu timpul, copilul consolidează, progresiv, aceste scheme de acţiune, le rafinează, le perfecţionează prin utilizarea lor frecventă, adaptându-le la situaţii noi ;se diferenţiază, devin mai eficace, mai performante". **(Fr. Raynal, Al. Rieunier**, 1977).

Privită în această perspectivă, învăţarea reprezintă un comportament specific de achiziţii realizat pe baza interactivităţii dintre organism (individ) şi mediu care se traduce în anumite schimbări în comportament. Este vorba de o interactivitate ce se dezvoltă în cadrul procesului mai amplu de adaptare a organismului la mediu. Şi care, potrivit analizei piagetiene se bazează pe intrarea în acţiune a cuplului celor două procese fundamentale ale organismului: ***asimilare*** şi ***acomodare***. Şi a mecanismului autoreglator care asigură echilibrul între aceste două activităţi.

La nivelul asimilării învăţarea este strict condiţionată de schemele preexistente ale organismului (ereditare sau dobândite), ceea ce presupune încorporarea activă a obiectului cunoaşterii în experienţa cognitivă, anterioară a subiectului. La nivelul ***acomodării***, schemele cunoscute, în contrast cu noile situaţii, încearcă să se ajusteze, să suporte anumite transformări să se acomodeze la obiectele realităţii; subiectul creează noi scheme cognitive, sub influenţa unor noi situaţii. După cum este posibil să apară şi o situaţie de aşa natură încât schemele anterioare să nu fie în stare să facă faţă noilor

împrejurări, şi astfel să ia naştere în mintea subiectului, un aşa numit ***conflict cognitiv*** care cere căutarea şi structurarea unor noi teme de cunoaştere, adaptate noilor experienţe cărora are de făcut faţă.

Toate acestea conduc la concluzia că învăţarea este un proces „bipolar", în care asimilarea în concordanţă cu structurile cognitive preexistente este urmată de acomodare, ceea ce presupune o neîncetată restructurare şi modificare a acestor structuri. Stadiul şi calitatea învăţării sunt determinate de nivelul de dezvoltare al acestor structuri(ale cunoştinţelor, noţiunilor, deprinderilor intelectuale, comportamente).

În cele din urmă, operaţiile sunt cele care redau însuşi procesul învăţării, care descriu dimensiunea procesuală a cunoaşterii sau a construirii cunoştinţelor ce rezultă în baza acestei învăţări; ele, aceste asimilări reproductive, recognitive şi generalizatoare, asimilate prin experienţă personală definesc actul învăţării (**P. Fraisse, J. Piaget**, 1967).

De remarcat este faptul că asimilarea şi acomodarea sunt procese prezente în toate stadiile dezvoltării individuale. Şi anume, copilul vine pe lume cu astfel de trasee elementare care, progresiv, se diferenţiază datorită activităţii lui motrice, simbolice (limbaj), motrice şi simbolice laolaltă, până ce se constituie în reţele de scheme legate între ele, în structuri cognitive sau intelectuale. În opinia lui Piaget, primele scheme sunt senzo-motorii.

Pe măsura înaintării în vârstă, modificându-se capacitatea operatorie, se modifică în mod considerabil potenţialul de cunoaştere operaţională a individului şi, respectiv, capacitatea de învăţare a acestuia. Până la urmă, fiecare individ ajunge să aibă propria capacitate cognitivă şi nivelul lui operatoriu, nivelul de cunoaştere / învăţare propriu-zisă.

2.2.2.1.3 c) Teoria organizatorilor cognitivi şi anticipativi de progres

Fără a neglija importanţa factorilor afectivi şi sociali ai învăţării, A.D.Ausubel şi colaboratorii săi scot în evidenţă rolul structurilor cognitive în determinarea învăţării conştiente, logice; diferenţele esenţiale dintre învăţarea mecanică (pe de rost) şi învăţarea conştientă. Este vorba de diferenţe cauzate de procese de învăţare şi de reţinere mnezică diferite, cu efecte foarte diferite în ce priveşte căutarea unor condiţii sau variabile care să faciliteze procesul învăţării.

Ausubel are marele merit de a fi arătat ce importanţă are prezenţa unor structuri mentale anterioare în susţinerea învăţării, dezvoltând aşa-numita ***teorie a organizatorilor cognitivi şi anticipativi***, a ***organizatorilor de progres***, altfel denumiţi (advance organizers, 1960). Sau, altfel spus, a acelor piloni sau pivoţi cognitivi ori ***idei ancoră*** de natură să favorizeze învăţarea nouă, să constituie puncte de sprijin sau metode generale de gândire şi de acţiune. Sunt termeni care desemnează acele cunoştinţe sau automatisme extrase din experienţa anterioară de cunoaştere / acţiune pentru a pregăti înţelegerea şi însuşirea unui nou conţinut sau material. Important este că aceşti „organizatori" se situează la un nivel mai înalt de generalizare şi de abstractizare decât sarcina nouă de cunoaştere şi dispun de proprietăţi integratoare sporite, în sensul că reuşesc să integreze atât noile informaţii, cât şi pe cele deja asimilate, ceea ce asigură continuitatea necesară între vechi şi nou. Atunci când materialul de cunoaştere este cu totul necunoscut, se recomandă să se recurgă la „organizatori expozitivi". Iar atunci când în sfera de cunoaştere a individului există nişte „idei – ancoră" acestea pot să fie folosite pentru a face legătura cu noul material, pentru efectuarea de comparaţii, analize, selecţiuni,

discriminări, dar și pentru dezvoltarea gândirii critice. În asemenea situații sunt de preferat „organizatorii comparativi", remarcă P. T. Ewell,1997.În niciun caz,asemenea sructuranți anteriori nu pot să fie ignorați, deoarece experiența dobândită poate să constituie un suport important în organizarea învățării și un sprijin eficace, în același timp, așa după cum susțin toate teoriile constructiviste.

2.2.2.1.4 d) Teoria genetic - cognitivă și structurală

S. Bruner (1970) aduce, de asemenea, contribuții notabile la structurarea unei teorii a învățării și a instruirii. Acestea oferă un alt cadru conceptual-metodologic de percepere a învățării și a organizării învățării. Și anume, învățarea este plasată, în esență, în sfera comunicării, a vorbirii și psiholingvisticii. Acceptând ideea că semnul, simbolul lingvistic sau cuvântul acționează ca un instrument al activității psihice, al cunoașterii și tot atât de bine în cadrul învățării. Respectiv, simbolurile lingvistice fiind acelea care orientează învățarea spre diferite arii ale cunoașterii; care oferă forme abstracte de cunoaștere, forme logice; ele conduc învățarea spre nivelul înțelegerii, al abstracțiunii, al formării conceptelor; o conduc pe calea profunzimii, înțelesului interpretărilor diferite, al proceselor de semnificare (sesizarea sensului și a semnificațiilor).

Dimensiunea semiotică a comunicării este pusă în valoare prin utilizarea diferitelor tipuri de limbaje: de la cel natural la cele artificiale (precum cele digitale); de la limbajul științific la limbajul matematic și la limbajul artistic.

Singur, acest demers comunicativ susținător al învățării, nu este totuși suficient. Astfel încât Bruner gândește realizarea învățării de așa manieră încât să ajute copilul să se folosească de întregul său potențial de cunoaștere/învățare, să-l exerseze în toate experiențele posibile de explorare și exploatare a realității. În această privință, Bruner are în vedere existența celor trei straturi sau niveluri posibile ale cunoașterii: ***enactiv*** (concret-senzorial), ***iconic*** și ***simbolic***, prefigurând astfel o „piramidă a cunoașterii". Ca atare, cel care învață are posibilitatea să facă apel la trei modalități diferite de a intra în contact cu realitatea în vederea cunoașterii acesteia, a învățării: la ***modalitatea activ-senzorială*** (prin observare sau percepție a obiectelor și fenomenelor realității); ***modalitatea iconică*** (prin forme de reprezentare imagistică, de detașare de real) și modalitatea simbolică (prin cuvânt sau limbaj, ca depășire a nivelului imaginii și acțiunii concret-senzoriale).

Aceste trei straturi ale cunoașterii nu sunt separate, dimpotrivă, ele se află într-o înlănțuire logică (și cronologică), fiecare servind drept sprijin celorlalte, fie urmând un drum inductiv (de la concret la abstract), fie unul deductiv (de la abstract la concret). În mod normal, fiecare individ este capabil să stăpânească toate aceste modalități de reprezentare și de contact cu realitatea.

Bruner este și un susținător al teoriei învățării prin explorare sau prin investigație activă a realității, împărtășită și de alți teoreticieni, precum: Hunt, Getzel, Gordon, White, Bart și alții. Privită în acest sens, învățarea devine un proces al căutărilor și tatonărilor, al rătăcirilor și al greșelilor, al descoperirii sau al redescoperirii, a elaborării pe aceste căi a noilor cunoștințe. Este o formă de învățare care oferă subiecților posibilitatea să-și pună în valoare operațiile gândirii să observe sau să examineze, să analizeze, să selecționeze, să asocieze, să facă comparații, să combine și să explice, să enunțe ipoteze, să caute soluții și așa mai departe.

O astfel de învățare operează la nivelul percepției empirice, concrete; ea dezvoltă și întreține curiozitatea și bucuria descoperirii.

2.2.2.2. Teorii constructivist-sociale (L. S. Vîgotski)

Vîgotski (1896–1934) este autorul unei teorii istorico-culturale a psihismului, susținând ideea potrivit căreia activitatea psihică umană este rezultatul interiorizării relațiilor sociale sub forma pe care aceste relații le îmbracă în cultura dată. Ar fi vorba, după acest teoretician, de un proces interpersonal în sensul în care fiecare funcție apare de două ori în dezvoltarea culturală a copilului: mai întâi, una care apare între indivizi (interpsihologică) și apoi una la copilul însuși (intrapsihologică). Pentru acest tip de constructivism, dezvoltarea este nu atât un proces de adaptare, ci mai mult unul de apropriere a experienței sociale acumulate.

Ca și Vîgotski, Bruner (1991) acordă un rol important instrumentelor (valorilor) elaborate în cadrul culturii pentru a explica geneza funcțiilor și capacităților psihice deoarece cultura este aceea care dă formă spiritului (spiritualității societății). În această optică, dezvoltarea individului apare ca un proces de asistență, de colaborare între copil și adult, adultul acționând ca un mediator de cultură.

Fondat pe o ideologie sociologizantă, arătând interes faptelor sociale și teoriilor care definesc dezvoltarea personalității ca produs al vieții sociale, constructivismul social situează subiectul învățării (elevul) în centrul procesului de învățământ. Elevul luat însă nu ca individ solitar, ci ca membru al grupului, al clasei școlare, al colectivității școlare. Adică, elevul social, ca produs social. Dar și ca subiect social, ca subiect promotor al interacțiunilor și interrelațiilor cu ceilalți în cadrul procesului de învățare; ca participant activ și responsabil la viața grupului din care face parte.

În vederea realizării acestei finalități, a formării acestui tip de elev social, atenția este îndreptată în direcția creării, în mod preponderent, a unor situații sociale de învățare în măsură să asigure un cadru optim desfășurării proceselor de instruire.

Pornind de la această abordare, ceea ce este pus în discuție este tocmai această problemă a cauzalității nașterii și dezvoltării cognitive la copil, axată pe întrebarea: cui i se datorează progresele cunoașterii – factorului individual sau celui social ?

Constructivismul social pledează în mod evident în favoarea factorului social. Valorificată din punct de vedere al activității de instruire (educație), această orientare are semnificația trecerii de la ***psihogeneza cunoașterii*** (centrată pe mecanismele psihologiei individuale) la ***sociogeneza cunoașterii*** (a cunoașterii centrată pe mecanismele influențelor sociale, ale socializării). Adică, o trecere de la construirea cunoașterii pe baza acțiunii individuale la cunoașterea construită în comun, împreună cu ceilalți, prin interacțiunea cu colegii.

În mod practic, în spiritul acestei concepții, este vorba de o trecere de la învățarea individuală la învățarea socială; de la învățarea activă la învățarea interactivă; de la învățarea solitară la învățarea coactivă, prin cooperare sau colaborare; de la învățarea independentă la învățarea interdependentă, cu toate consecințele ce ar putea decurge de aici: de ordin procedural, metodologic, managerial etc.

Care sunt ***mecanismele psiho – sociale*** ale construirii cunoștințelor în situațiile bazate pe coactivitate ?

Cercetările privind dezvăluirea acestor mecanisme ale construirii cunoştinţelor la elevi arată că în cazul unei situaţii de coactivitate partenerii sunt reuniţi să conducă o activitate finalizată, prin specificul ei mai favorabilă învăţării decât aceea în care subiectul este singur în faţa unei sarcini. Aceasta pentru că „ situaţiile sociale apar ca revelatoare de diferenţe şi permit astfel indivizilor să ia cunoştinţă de existenţa răspunsurilor diferite date de ei. În timpul confruntărilor interindividuale, subiecţii sunt conduşi să pună la îndoială punctele lor de vedere sau răspunsurile lor.De aici rezultă astfel un dezechilibru interindividual şi intraindividual. Pentru a–şi menţine relaţiile lor cu ceilalţi membrii de grup, subiecţii vor căuta să–şi coordoneze punctele lor de vedere, într–un nou sistem care să permită un acord interpersonal. Aceasta este, deci, o cercetare, o căutare de a depăşi dezechilibrul cognitiv interindividual spre care e condus subiectul, pentru a depăşi echilibrul cognitiv intraindividual şi deci, să progreseze„ (**A. Well - Barais**, 1993, pag. 486).

Într–o asemenea concepţie aşa–numitul ***conflict socio–cognitiv*** ce apare într–o situaţie de coacţiune se dovedeşte a fi un factor de progres, de emergenţă.

În alţi termeni, ar fi vorba de un alt sistem; un sistem care priveşte învăţarea ca pe un fapt social; ca un sistem centrat pe un alt mod de învăţare–o învăţare de tip social. O învăţare socială considerată a fi (după **F. R. Raynal, Al. Rieunier**, 1997):

- învăţare a relaţiei cu ceilalţi;
- învăţare a condiţiilor sau comportamentelor care îşi găsesc sursa de provenienţă în mecanismele influenţelor sociale;
- învăţare a vieţii sociale.

Aşa se explică tendinţa de a cultiva un context social favorabil învăţării şi o metodologie adecvată învăţării interactive.

2.2.2.3. Teorii ale constructivismului aplicat (constructionalismul).

În esenţă, este o teorie a cunoaşterii cu îndelungate tradiţii, regăsită în sistemul de gândire la Pyrrhon, Vico, Berkely, Kant, Vaihinger, Schopenhauer, W. James, Piaget ş.a. Iar astăzi este reprezentată mai ales prin R.Riedl, H. Maturana, Fr. Varela, Er. von Glasersfeld, L. Ciompi, P. Watzlawick, N. Luhman, K. Reich, E. Kosel ş.a.

Este o teorie a construcţiei cunoaşterii individuale; şi prin extensie şi a învăţării. În definiţia constructivistă,"învăţarea înseamnă schimbare structurală, adică o schimbare survenită în structurile noastre cognitive, în modelele de interpretare, în construirea realităţii, în strategiile de rezolvare a problemelor. Procesele complexe ale învăţării sunt activităţi curiculare, biopsihice, de care ţin diverse procese ale cunoaşterii" (**Siebert**, 2001, pag. 28) ca de exemplu: percepţie, reflecţie, amintiri, interese, sentimente, transformare, reconstrucţie, perturbare, homeostază şi bineînţeles, acţiune şi cunoştinţe. Altfel spus, învăţarea este un proces activ şi constructiv, este o construcţie a realităţii, este crearea unei concepţii asupra lumii. Demers care cuprinde experienţele şi amintirile noastre, reţelele nostre de concepte şi cunoştinţe, perspectiva şi modul nostru de gândire. Modul de gândire este cel care face trimitere la modalitatea noastră de construire a realităţii, la sistemul nostru de valori.

În această accepţiune fiecare cunoştinţă este un construct; fiecare concept este un construct; fiecare comportament este un construct ş.a.m.d.; învăţarea conduce spre

construcţia structurilor mentale, spre construcţia propriei înţelegeri şi interpretări a realităţii; spre sesizarea sensurilor şi semnificaţiilor, aspecte ale cunoaşterii care nu se transmit, ci se construiesc prin eforturi proprii.

Important este că subiectul (elevul) nu primeşte cunoştinţe; el îşi construieşte cunoştinţele prin eforturile sale personale şi asumarea răspunderii pentru edificarea acestora (**P. T. Ewell**, 1997). „Reţelele de cunoştinţe şi conţinuturile învăţării, arată Siebert, sunt realizări constructive şi nu stocuri transferabile de cunoştinţe" (**H. Siebert**, 2001, pag. 208). Accentul trebuie pus, atrage atenţia von Glasersfeld, pe învăţarea conceptuală, pe însuşirea conceptelor care sunt deţinătoare ale unui imens potenţial de acţiune. A căror valoare se apreciază după rigurozitatea lor logică, dar şi după deschiderea lor spre acţiunea practică.

Potrivit acestei orientări, elaborarea unor cunoştinţe noi, a unor structuri cognitive ne apare ca o transformare, ca o ***structurare-destructurare şi restructurare.*** Adică, învăţarea reprezintă o astfel de abordare triadică de tipul ***construcţie - deconstrucţie (etapa critică) – reconstrucţie*** (construcţia după construcţie). Mai ales în faza de deconstrucţie se pune un mare accent pe antrenarea spiritului critic. De unde şi invitaţia pentru dezvoltarea la copii şi tineri a acestei capacităţi implicată în construcţiile creative. Iar procesele de învăţare urmează să fie focalizate pe construcţia structurilor cognitive, în calitate de constructe ale realităţii. În consecinţă învăţarea trebuie să pornească de la problemele reale ale vieţii, ale contextului concret în care individul îşi desfăşoară activitatea.

Modelul constructivist al structurării cunoaşterii presupune, în acest caz, o schimbare de paradigmă,o trecere de la o paradigmă normală, de impunere de reguli şi norme, la una ***interpretativă*** , ce lasă loc iniţiativei personale. Ceea ce presupune trecerea de la un sistem de învăţare centrat pe transmitere de cunoştinţe şi dirijare, pe ideea împărtăşirii unor adevăruri absolute, adeseori dogmatice, spre un sistem de învăţare autonomă, capabilă să conducă spre o pluralitate de construcţii ale realităţii; care sprijină autoorganizarea învăţării şi acceptă probabilitatea înregistrării unor erori în timpul învăţării.

Constructivismul este interesat nu atât de mult de „ce" se învaţă, cât de „cum" se învaţă. Din acest punct de vedere se preconizează realizarea unei învăţări prin implicare totală a celui care învaţă în actul învăţării; prin intermediul operaţiilor, acţiunilor, transformărilor, a experienţelor cognitive directe, prin operaţii legate de formularea unor ipoteze de natură să stimuleze căutări, tatonări, explorări, descoperiri, ori prin operaţii legate de identificarea şi rezolvarea unor probleme etc. Operaţii care în cele din urmă se interiorizează şi întăresc posibilităţile constructive ale individului.

Este susţinută, în acelaşi timp, ideea ***recursivităţii*** învăţării; a dependenţei învăţării de existenţa unor procese anterioare de învăţare; de existenţa în memoria personală a unor experienţe sau structuri prealabile care au un rol important în interpretarea situaţiilor noi de învăţare. Aşa numita ***capacitate inferenţială*** a individului, adică această capacitate de a construi cunoştinţe noi prin valorificarea celor existente, anterioare şi de a integra cunoştinţele noi în structurile vechi, prezintă o mare însemnătate în construcţia cunoaşterii, a unor structuri de cunoaştere noi. După unii cercetători, există două tipuri de inferenţă: unele au ca finalitate înţelegerea, construcţia de reprezentări; altele au o finalitate pragmatică în sensul că ele conduc spre produse ale învăţării cu

caracter practic-aplicativ. Din acest punct de vedere constructivismul aplicativ vizează în mod deschis o extindere a cunoaşterii la situaţii externe, de context, care cer aplicaţii practice.Aşa încât achiziţiile construite în această manieră au o vădită orientare pragmatică. Contează mai puţin obţinerea unor rezultate academice (asimilare de cunoştinţe) cât mai mult obţinerea unor produse finale ale procesului de învăţare de utilitate practică, de tipul „unor produse reale-artefacte, după modele construite mental, ca proiect individual sau prin colaborare, elaborarea unor proiecte, descrieri, decizii, hărţi conceptuale, scheme, modele,lucrări practice, rezolvări demonstrate, proceduri, portofolii, softuri, concepte-construct” (**E. Joiţa**, 2009, pag. 140).

Pentru elevi astfel de constructe înseamnă un câştig de experienţă constructivistă „ pentru a înţelege, a structura, a rezolva cu abilitate, a formula ipoteze de interpretare şi soluţionare, a analiza critic, a concretiza un proiect mental, a verifica metodologii de cunoaştere” (*Idem*).

Reactualizarea „amintirilor” şi percepţia situaţiei noi de învăţare, poate fi dirijată de un concept, de existenţa în memorie a unei asemenea structuri cognitive (sau a altor date). Învăţarea constructivă are nevoie de existenţa în memorie a unor astfel de structuri. Este imposibil de reprodus realitatea aşa cum o percepem, să o reproducem clipă de clipă, fără să nu apelăm la resursele memoriei noastre. Pe scurt, abordarea constructivistă subliniază dependenţă de experienţă şi recursivitatea învăţării. Cunoaşterea recursivă este şi ea un produs al creativităţii şi are un rol activ în construcţia creativă a structurilor cognitive.

3. DEZVOLTAREA PRIN ÎNVĂŢARE

Învăţarea, activitate umană fundamentală, se află în multiple condiţionări cu dezvoltarea ontogenetică, mereu dinamică a omului, dar şi cu dinamismul evoluţiei societăţii. Niciuna dintre aceste emancipări nu poate fi disociată de activitatea de învăţare, fie ea individuală sau una societală. Învăţarea este esenţială pentru individ, pentru colectivitate, pentru umanitate. Predominantă este astfel ideea după care dezvoltarea la nivelul individului, concretizată în achiziţii intelectuale, cognitive, afective, operaţionale, voliţionale, morale etc. care condiţionează dezvoltarea unor atitudini, conduite şi manifestări creative se răsfrâng în planul vieţii şi activităţii sociale, căpătând astfel o pronunţată semnificaţie socială. Ca urmare: capacitatea de învăţare, resursele şi creativitatea omului, energiile sale morale se traduc în plan social, putând să fie mobilizate în direcţia dezvoltării şi progresului social. Este o tendinţă firească de a armoniza dezvoltarea umană şi cea socială, de a evita orice decalaj posibil între acestea. Este important însă ca nu numai individul, luat solitar, ci toţi membrii unei comunităţi sau societăţi să înveţe, să-şi dezvolte forţele lor latente, potenţialul lor de învăţare şi de înţelegere şi să le folosească în mod inteligent în folosul binelui individual şi social. În această perspectivă este privită şi legătura indisolubilă între conceptul de dezvoltare, luat în sensul cel mai larg şi conceptul de învăţare. Adevărat, înţelegerea şi interpretarea rolului învăţării în dezvoltarea omului şi a societăţii depinde foarte mult una de alta.

Potrivit principiului genetic, important este să ne concentrăm atenţia nu numai asupra rezultatului (produsului) final al dezvoltării, ci şi asupra procesului însuşi ce conduce spre forme superioare ale fenomenului considerat, în scopul depistării treptelor

parcurse şi funcţionalităţii lor în procesul evolutiv, al promovării spiritului investigativ în domeniu.

Pe de altă parte, înţelegerea şi interpretarea intervenţiei specifice a învăţării în susţinerea proceselor proprii ale dezvoltării umane şi sociale depind în mod esenţial de natura şi de actualitatea teoriilor emise în jurul învăţării.

3.1. Tripla dimensiune a dezvoltării

Dezvoltarea umană reprezintă un proces complex şi dinamic, de acumulări cantitative şi transformări calitative ce urmează un sens ascendent, progresiv, pe tot parcursul vieţii.

Această evoluţie acoperă trei niveluri sau dimensiuni ale dezvoltării:

- ***Dezvoltarea biologică*** (privită ca o sumă de transformări fizice, morfologice, biochimice ale organismului uman); dimensiunea fizică este determinată predominant genetic;
- ***Dezvoltarea psihică*** (în sens de formare, de structurare şi restructurare continuă a proceselor intelectuale, funcţiilor şi însuşirilor psihice ale persoanei); dimensiunea psihică este determinată educaţional, cultural – social;
- ***Dezvoltarea socială*** (ca internalizare a unor norme şi modele socio-culturale şi reglare a conduitei în concordanţă cu acestea); dimensiunea social–morală este determinată social cultural.

Privită în ansamblu, dezvoltarea umană se înfăţişează astfel ca o evoluţie bio-psiho-socială armonioasă, unitară, în baza interacţiunii şi unităţii funcţionale ce există între aceste dimensiuni ale devenirii umane. Împreună, aceste forme reuşesc să redea imaginea împlinirii individuale sub toate aspectele ei: fizic, somatic, organic, funcţional, senzorial, intelectual, motivaţional, afectiv, atitudinal şi comportamental.

3.2. Factorii dezvoltării psihice

Dezvoltarea omului este privită ca un proces complex şi unitar la realizarea căruia îşi aduc contribuţia:

- Factori interni (endogeni) = ereditatea şi
- Factori externi (exogeni) = mediul, educaţia, activitatea proprie.

Aceşti factori îşi subsumează o mulţime de influenţe extrem de numeroase, teoretic de vastitate infinită, dintre care unele sunt externe, altele interne; unele naturale, altele sociale; unele directe, apropiate, altele indirecte, îndepărtate; unele permanente, altele episodice, în funcţie de cum sunt poziţionate în raport de condiţiile intrisece ale organismului ori de evenimentele din lumea exterioară acestuia. Este adevărat, nu toate aceste influenţe au aceeaşi semnificaţie; unele au o acţiune cauzală, altele au valoare de condiţii sau de premise.

A înţelege copilul, tânărul, adultul înseamnă a-l privi funcţional în interdependenţă cu toţi aceşti factori.

3.2.1. Ereditatea

În afara condiţionării sale social-istorice care-i conferă esenţă socială (omul ca produs al societăţii), omul este înainte de toate un produs al naturii. La baza existenţei şi dezvoltării sale stau, în primul rând, anumite premise naturale, biologice, ereditare. Dezvoltarea fizică este un astfel de proces natural. Dar şi acesta este până la urmă un proces socialmente condiţionat în funcţie de datele sociale ale vieţii şi activităţii omului (de educaţie, de muncă, de traiectoria social-profesională). Ereditatea este privită, pe scurt, ca transfer al caracteristicilor părinţilor, bunicilor, străbunicilor etc. Dispoziţiile ereditare sunt forţe latente, nu impun de la sine o dezvoltare, ci numai prin intermediul activizării sau exersării lor. Activizare determinată de educaţie şi cerinţele mediului. Cu atât mai puţin, ele nu impun prin ele însele un profil psihologic, anumite trăsături, atitudini sau calităţi psihice. Nu impun caracterul omului. Pe acelaşi fond polivalent înnăscut se pot forma, în condiţii favorabile de mediu şi sub acţiunea educaţiei, profiluri psihologice diferite, capacităţi variate. Cursul ulterior al dezvoltării copilului depinde numai într-o oarecare măsură, limitată, de ereditate. Educaţia, mediul, hotărăsc în cele din urmă direcţiile în care se vor realiza predispoziţiile înnăscute.

Cu excepţia temperamentului, care este determinat ereditar şi nu poate fi modelat. Ori a inteligenţei şi aptitudinilor, condiţionate şi ele ereditar, însă care pot fi supuse dezvoltării, într-o anumită măsură, prin educaţie şi condiţii favorabile ale mediului.

În niciun caz, educatorul nu trebuie să neglijeze „zestrea" nativă, potenţialul genetic al fiecăruia. Dimpotrivă, să cunoască bine posibilităţile ereditare şi să ofere condiţii prielnice realizării lor.

În mod normal, dispoziţiile înnăscute nu rămân în forma lor pură, ci suferă transformări, evoluează, se perfecţionează. Aceste posibilităţi de transformare se datorează plasticităţii excepţional de mare a sistemului nervos central (emisferelor cerebrale), ceea ce deschide perspective largi activităţii instructiv-educative şi acţiunii modelatoare a mediului.

Contrar, deci, unor teorii care susţin că dispoziţiile rămân fixe, că sunt invariabile, de unde prejudecata dăunătoare a existenţei unui determinism biologic în ceea ce priveşte distribuirea succeselor sau insucceselor şcolare, aptitudinilor şi talentelor, astăzi sunt tot mai numeroase şi convingătoare cercetările care demonstrează posibilităţile mari, practic nelimitate de modificare şi dezvoltare a psihicului uman (cercetările lui J. Piaget, P.Osterrieth, H. Wallon, R. Zazzo, J. S.Bruner, Al. Roşca ş.a.).

„Înzestrarea" copilului poate fi privită numai în parte din perspectivă genetică; în cea mai mare parte este un rezultat al activităţii instructiv-educative şi al stimulaţiilor favorabile venite din partea mediului.

În concluzie, fără ereditate normală şi fără condiţii favorabile de maturitate somatică şi organică nu poate fi vorba de o dezvoltare psihică normală.

3.2.2. Mediul şi importanţa lui

Psihologia şi ştiinţele educaţiei recunosc şi apreciază la justa valoare rolul mediului în dezvoltarea omului. Înţelegem prin mediu totalitatea împrejurărilor şi condiţiilor externe obiective de care sunt legate viaţa, activitatea şi dezvoltarea omului. Distingem un mediu natural (geografic) şi un mediu social-cultural. Viaţa şi dezvoltarea omului îl obligă să întreţină un permanent schimb de substanţe cu acesta şi chiar să

intervină transformând acest mediu. Acționând asupra naturii, omul se transformă pe sine însuși, dezvoltându-și forțele fizice și intelectuale. Bineînțeles, forța de influențare a mediului a scăzut treptat și scade în continuare pe măsura luării lui treptate în stăpânirea omului.

Dar mediul specific omului este un mediu pe care omul însuși și l-a creat. Acesta este un mediu specific uman, un mediu social-cultural. Așa încât relația umană „organism – mediu" este o relație ce primește un conținut nou, este o relație de tip ***„om – societate + cultură"***. Este un mediu umanizat, civilizat. Viața și activitatea omului sunt condiționate de acest mediu social – cultural istoric.

La nivel individual, arată prof. univ. Ion Radu, psihogeneza se înscrie într-un cadru social-cultural în care sunt rezumate, selectate și condensate rezultatele întregii dezvoltări istorice. Dezvoltarea ontogenetică beneficiază astfel de moștenirea social-istorică în măsură să accelereze procesul formativ, care parcurge o cale mai economică și productivă (**I. Radu**, 1991, pp. 285-286).

Copilul când vine pe lume nu este un om mic, un om în miniatură. El nu este încă om, ci o virtualitate, un candidat la umanitate. Transformarea omului virtual, care este copilul la naștere, în omul real, pe care îl poartă în sine în mod potențial, înscris în patrimoniul său ereditar, are loc în decursul unui proces îndelungat de umanizare, sub influența societății (H. Pieron).

Într-un astfel de cadru, extrem de complex, se formează și se dezvoltă personalitatea umană. Personalitatea este „un produs al culturii", „persoanele se deosebesc între ele prin cultura asimilată, prin atitudinea față de anumite valori, prin capacitatea de preluare și creare a unor anumite valori" (Stoetzel).

3.2.3. Educația

Educația este parte integrantă a mediului social-cultural. Dar ea se distinge ca funcție specială a acestuia. Ea vine să faciliteze schimbul de valori între individ și mediu; să asigure această corelație și unitate între om și mediu. Umanizarea neîncetată și progresivă a omului are loc pe baza acestui schimb continuu de valori ale culturii și societății. Omul primește, internalizează conținuturile receptate, dar și externalizează, restituie, dă ceva pentru societate.

Prin educație, acest schimb capătă un caracter planificat, progresiv, sistematic și metodic de cultură. Educația creează o cale de acces la cultură. Prin participarea lui la învățământ, ca forma cea mai organizată a educației, copilul sau tânărul beneficiază de transmiterea și prelucrarea unei experiențe social-istorice generalizată, multimilenară a omenirii, în ceea ce are ea esențial, peren și actual.

Învățământul operează o selecție în universul culturii. Pe baza însușirii acestei moșteniri a trecutului, a valorilor cultural-științifice și social-morale copilul /tânărul este ajutat să-și formeze noi și noi structuri mentale, să-și îmbogățească continuu orizontul său de cunoaștere și arsenalul de acțiune.

Dispozițiile moștenite dobândesc astfel o orientare și un conținut determinat, specific uman, reflecție a mediului de creație a omului. Cum s-ar spune în alți termeni educația împreună cu efortul de socializare și absorție a culturii asigură conținutul personalității, fundamentele culturale ale personalității. Condițiile de educație determină în manieră definitivă statutul intelectual și social al individului. Cercetări efectuate în

ultima vreme atestă o creştere a coeficientului de inteligenţă la copiii care au terminat mai multe clase; de asemenea, continuarea şcolarităţii este de natură să intensifice diferenţele de aptitudini intelectuale, mai ales de ordinul celor verbale – abstracte şi matematice. Sau, stimulaţiile venite din partea unui mediu bogat educativ poate determina o diferenţă de până la 20 de puncte în plus la nivelul coeficientului de inteligenţă, faţă de stimulaţiile oferite de un mediu sărac educativ (**D. P. Ausubel, F. G. Robinson,** 1981, pp 266-267).

Astfel de structuri cognitive şi operaţionale reprezintă rezultatul imediat, direct şi cel mai vizibil al învăţării organizate şcolar. Dar cele mai importante sunt rezultatele mai greu observabile şi măsurabile, efectele pe termen lung ale învăţării. Prin faptul că sunt propuse anumite conţinuturi de asimilat, concomitent sunt propuse şi anumite procese, anumite activităţi, un anumit exerciţiu mental în măsură să conducă la însuşirea respectivelor conţinuturi. Ceea ce înseamnă că învăţarea şcolară propune o activitate de manieră să solicite, să exerseze, să angajeze o anumită activitate a percepţiei, a gândirii, a memoriei, a construcţiei de concepte etc. Or, o astfel de exersare sistematică se reflectă în dezvoltarea forţelor intelectuale implicate.

Şi totuşi, între cauză şi efect (între activitate şi dezvoltare) nu este un raport linear, efectele nu apar automat, de la sine, ci în mod mijlocit. Aici intervine iniţiativa şi implicarea activă a celui care învaţă; intervine activitatea proprie a subiectului – învăţarea.

3.2.4. Activitatea proprie

În concepţiile psihologice şi sociologice contemporane este în unanimitate acreditată ideea după care activitatea joacă un rol extrem de important pentru dezvoltarea omului, pentru formarea personalităţii. Dar la fel de importantă este activitatea şi în procesul de învăţare. Se consideră că activitatea este o condiţie necesară pentru dezvoltarea sa. În practică, în acţiune, în activitatea subiectului se petrec relaţii de schimb de la obiect la subiect, de la societate la individ, de la exterior la interior. Activitatea omului este procesul de bază al dezvoltării sale psihice şi fizice, mai ales al formării sale ca personalitate (**H. Lowe**, 1978, pag. 36). Este foarte important de clarificat şi sensul ataşării aici a noţiunii de „proces” celei de „activitate”. După unii teoreticieni, precum S. L. Rubinstein, (1962), orice activitate este... în acelaşi timp şi un proces sau include procese. Dar nu neapărat fiecare proces apare ca o activitate. Activitatea poate fi înţeleasă ca un proces care concretizează o relaţie precisă între om şi lumea înconjurătoare, între el şi semenii săi, ca şi între om şi problemele cu care acesta se confruntă în viaţă.

Conceptul de activitate nu este restrictiv, nu se limitează numai la ocupaţia practică prin care se realizează un produs material. O formă specifică, fundamentală a activităţii umane o reprezintă şi activitatea de învăţare. Şi ea concretizează o relaţie, are la bază un proces, evoluează ca o procesualitate. Privind lucrurile în această perspectivă, şi învăţarea se defineşte ca o activitate, este adevărat, cu un specific aparte, dar capabilă să genereze modificări structurale în sistemul psiho-comportamental al omului, după principiul general al psihologiei ştiinţifice, cel al unităţii dintre conştiinţă şi activitate. Cu atât mai mult sunt atribuite asemenea valenţe învăţării instituţionalizate, de tip şcolar. Vom aprofunda această problematică în cadrul secvenţelor următoare, rezervate învăţării.

3.3. Relația învățare-dezvoltare

3.3.1. *Învățarea din perspectiva procesului de adaptare*

Vom aborda relația dintre învățare și dezvoltare pe fundalul luării în considerație a unui raport obiectiv existent între procesele de ***asimilare*** și cele de ***acomodare*** pe care natura și existența socială le-au experimentat la nivelul adaptării și evoluției umane. Privită din acest unghi de vedere, activitatea de învățare corespunde nevoilor fundamentale ale omului, devenind sursa asimilării unor informații despre cerințele mediului și producând, în același timp, efecte de acomodare, structurări mentale și comportamentale adecvate adaptării.

Din acest punct de vedere, învățarea organizată instituțional, instruirea, caută în permanență să dezvolte astfel de structuri (mentale și comportamentale, cunoștințe și moduri de acțiune), construite pe baza asimilării comprehensive a sistemului de conținuturi oferite de-a lungul anilor de școală (a informației cultural constituită). Va fi lesne de constatat că o astfel de învățare nu este un scop în sine; că ea are semnificația unei pregătiri a elevilor pentru viață, pentru activitatea social-profesională de mai târziu; că este o învățare de adaptare la cerințele vieții, ale activității social / profesionale.

Pornind de la înțelegerea funcționalității adaptative a învățării, aspect esențial în asigurarea existenței și afirmării ființei umane, îmbrățișăm, în corelație, o idee exprimată în constructivismul lui Piaget, după care ***învățarea și dezvoltarea constituie o transformare a conduitelor*** (structurilor mentale și comportamentale) după anumiți vectori care exprimă un progres sau o echilibrare între individ și mediu.

Învățarea, construcția cunoașterii și respectiv dezvoltarea umană vin în prelungirea procesului de adaptare care caracterizează ființa umană; respectiv în prelungirea proceselor de asimilare și acomodare a organismului (a ființei umane) la caracteristicile externe. Vom aprofunda problematica învățării în raport cu dezvoltarea, trecând mai întâi în revistă stadiile dezvoltării intelectuale.

3.3.2. *Stadiile dezvoltării intelectuale*

Dezvoltarea intelectuală, având ca pivot dezvoltarea gândirii, este văzută într-o succesiune stadială, fiecare stadiu inferior pregătind trecerea la stadiul superior; fiecare stadiu superior înglobându-l, parțial, pe cel inferior.

Evoluția acestor stadii poate fi privită prin prisma celor trei modalități de care dispune ființa umană pentru a prelua, transforma și reda informația, și anume: ***acțiunea***, ***reprezentarea*** sau ***imaginea***, ***limbajul*** sau ***funcția semiotică***. În funcție de predominanța acestor modalități, școala piagetiană distinge următoarele stadii ale dezvoltării gândirii:

- ***Stadiul gândirii (inteligenței) senzo-motorii*** (0-1½-2 ani), căreia îi corespunde o formă inițială a gândirii, una acțional-obiectuală. Una în care manipularea obiectuală este predominantă, are loc la tot pasul în contextul comunicării cu adultul. Aceasta este o gândire sau inteligență trăită și nu reflexivă. Sarcinile sau problemele de adaptare apar și se rezolvă în acțiunea concretă cu mediul. Caracteristică este o cunoaștere superficială, bazată pe

structuri perceptuale, pe scheme ale obiectului ori pe constantele spaţio-temporale.

- ***Stadiul gândirii pre-operatorii*** (2-7 ani), când predomină ***gândirea în imagini***. Gândirea este cantonată în concret şi actual. Operaţiile de gândire sunt legate de suporturi obiectuale; sunt ***operaţii concrete*** pentru că funcţionează în prezenţa obiectelor, a reprezentărilor imediate ale acestora; se dezvoltă gândirea intuitivă şi analogică.
- ***Stadiul operaţiilor sau gândirii concrete*** (7-11-12, ani), perioadă în care gândirea sau inteligenţa conceptuală depăşeşte pe cea pre-operativă, dovedind posibilităţi de adaptare practică, cu tendinţe de socializare, de respectare a regulilor comune. Important este faptul că acum operaţiile devin funcţionale, caracterizându-se prin reversibilitate, asociativitate, tranzitivitate etc. Percepţia lucrurilor rămâne încă sincretică, globală, gândirea legată de situaţii concrete, de obiecte reale şi imagini ale acestora. Acţiunile exterioare se manifestă acum în plan mental ca operaţii.
- ***Stadiul operaţiilor formale*** (11/12-14/15 ani şi ulterior). De acum, individul devine capabil să raţioneze asupra propoziţiilor sau enunţurilor verbale; devine capabil de reflecţie, de a controla structura operaţiilor constituite. Raţionamentul se poate desprinde de concret, poate să se afirme raţionamentul ipotetic-deductiv; poate să opereze cu forme abstracte ale gândirii. Pe la 14-15 ani are loc generalizarea operaţiilor formale, menţinându-se totuşi unele decalaje între persoanele de aceeaşi vârstă, cât şi între diferite domenii de cunoaştere (domenii disciplinare). Este interesant de observat că gândirea abstractă apare mai degrabă în domeniul ştiinţelor naturii decât în cel al ştiinţelor sociale. De acum îşi fac apariţia şi demersurile ipotetico-deductive; gândirea devine mobilă „fiind capabilă să realizeze cu egală uşurinţă raţionamente directe şi inverse: de la cauză spre efect şi invers; de la condiţii spre consecinţe şi invers" (**I. Radu**, 1991, pag. 297).

Cum se raportează învăţarea la aceste stadii ale dezvoltării intelectuale? Potrivit concepţiei cognitiv-constructiviste piagetiene a dezvoltării, gradul şi calitatea învăţării depind de nivelul dezvoltării acestor stadii. Structurile mentale (de cunoaştere) constituite în cadrul unui stadiu trasează limitele pentru eventualele noi interacţiuni între individ şi mediu. Ceea ce afectează ritmul învăţării şi implicit pe cel al dezvoltării individuale. Această situaţie impune prezentarea materialelor de studiu în conformitate cu nivelul dezvoltării intelectuale.

Foarte interesantă şi concludentă devine în această privinţă confruntarea care a avut loc, la vremea respectivă, între: J. S. Bruner şi J. Piaget şi respectiv adepţii acestora. Aşa, de exemplu, în timp ce Bruner susţine că orice idee, orice problemă, şi orice sumă de cunoştinţe pot fi prezentate într-o formă destul de simplă, pentru ca orice elev, indiferent de vârstă să le poată înţelege într-o versiune recognoscibilă (**Bruner**, 1970). Piaget nu împărtăşeşte optimismul lui Bruner şi susţine că: orice idee, orice problemă poate fi supusă atenţiei copilului, cu condiţia ca acesta să fi atins un anumit stadiu de dezvoltare, să fi ajuns la anumite structuri mentale care să facă posibilă însuşirea cunoştinţei, ideii

respective etc. Piaget nu vede posibilitatea depăşirii stadiilor de dezvoltare din viaţa copilului. El nu admite saltul peste un stadiu sau altul.

După L. S. Vîgotski (1971), învăţarea (instrucţia) merge cu un pas înaintea dezvoltării şi dobândeşte contururi concrete nu numai de un stadiu atins deja în gândire, ci de ***zona proximei dezvoltări*** a inteligenţei copilului. Graţie cerinţelor noi şi mai complexe puse în faţa elevului, precum şi ofertei de informaţii şi mijloace adecvate, procesul de instruire împinge înainte dezvoltarea intelectuală.

Ceea ce oferă „natura", potenţialul genetic, este supus, prin urmare, exersării şi valorificării prin "cultura" pe care fiinţa umană o asimilează în procesul desfăşurării formelor instituţionale ale învăţării: familiale, şcolare, sociale etc. „În fiecare perioadă de vârstă, învăţarea deţine importante funcţii specifice în raport cu: a) activitatea conducătoare a copilului (jocul, învăţătura) şi cu b) sistemul de relaţii socioculturale în care se integrează acesta" (**Al. Roşca**, 1975, pag. 188).

În felul acesta, învăţarea îşi asumă importante funcţii formative cu impact semnificativ în evoluţie, după caracteristicile şi cerinţele specifice fiecărui stadiu. Învăţarea prematură este sterilă şi dăunătoare sub aspectul cerinţelor igienei mintale a copilului. Pentru fiecare perioadă „există cerinţe, activităţi şi achiziţii dintre care unele sunt accesibile, efectele învăţării fiind rapide, economice şi productive; dimpotrivă, în cazul cerinţelor inaccesibile, efectele sunt ne-economice şi infructuoase" (**Vîgotski,** 1971, *apud* **I. Radu**, 1991, pag. 299).

3.4. Învăţarea, de la construcţia structurilor la stimularea mecanismelor dezvoltării

Cu toate acestea, dezvoltarea psihică „nu este nici un proces determinat filogenetic (prin zestrea ereditară a înaintaşilor şi a speciei) şi nici un proces determinat din afară, de mediu şi de educaţie, ci un proces ***sui –generis***, unic, cu legităţi interne proprii" (**Gh. Dumitriu**, 2003, pag. 7). Este un proces care presupune implicarea proprie, prin activitatea eului persoanei, în integrarea şi coordonarea variatelor influenţe şi informaţii care vin din exterior. Rolul subiectului este decisiv din acest punct de vedere. El (subiectul) este acela care, în funcţie de propria experienţă şi motivaţie, de stadiul dezvoltării atins, de atitudinile şi aptitudinile sale, de întreaga istorie a demersurilor sale, se angajează în permanenţă într-un efort de receptare şi de selectare, de interpretare şi reţinere, de codare şi decodare a mesajelor socio-culturale. Toate asemenea influenţe sunt supuse filtrării personale şi unor prelucrări proprii, mediate de activitatea eului său.

Studii şi cercetări din ultima perioadă atrag atenţia asupra faptului că, în cele din urmă, ***cheia învăţării*** trebuie căutată în deplina angajare a subiectului în actul învăţării şi înaintare în progresie ascendentă, în spirală, pe calea învăţării.

Cunoaşterea, construcţia structurilor mentale, a cunoştinţelor este principala funcţie a capacităţilor subiectului de a-şi reprezenta lumea şi de a efectua transformări sau operaţii mentale asupra obiectelor sau substitutelor lor. Subiectul îşi construieşte reprezentările lumii asupra cărora el operează mental. Fiind privită în această perspectivă, cunoaşterea, nu este o simplă copie a realităţii, ci rezultatul unui proces activ de reprezentare şi de construcţie mentală a elementelor şi a relaţiilor care o definesc.

Operaţiile mentale, ca şi structurile cognitive la care ele se aşează, stau la baza procesului de achiziţie a cunoştinţelor, a învăţării propriu–zise. Operaţia, luată ca o

acţiune interiorizată şi reversibilă, evoluează odată cu vârsta. ***Modificându-se, capacitatea*** operatorie se ***transformă în capacitate de învăţare***. Dacă, pe de altă parte, cunoaşterea unui obiect este în măsură de a reconstrui în plan mental proprietăţile şi relaţiile lor, pe de altă parte, aceste capacităţi de construcţie mentală se dezvoltă. În consecinţă, instruirea (educaţia) trebuie să se bazeze în primul rând pe această dezvoltare. Această materializare a transformării structurilor de cunoaştere trebuie să fie principiul dominant în materie de dezvoltare.

Pentru Piaget, învăţarea este subordonată dezvoltării în sensul că mecanismele de bază ale învăţării evoluează odată cu dezvoltarea mecanismelor cognitive. Chiar dacă este posibil de „a face să se înveţe" structurile cognitive, această învăţare se supune aceloraşi legi care stau la baza dezvoltării naturale.

Motivaţia reală de a învăţa, de a se instrui, provine, înainte de toate, din interiorul subiectului (motivaţie intrinsecă), iar din exterior, din partea mediului, provine întărirea extrinsecă. Aceasta este o tendinţă a organismului de a căuta o stare de echilibru faţă de una de dezechilibru, care furnizează impulsul de bază spre efortul de învăţare. În această optică, copilul este, înainte de toate, acela care realizează învăţarea sa, într-un fel în care şcoala devine un mediu de stimulare (fizică şi socială) a dezvoltării, în măsura în care acest mediu permite copilului să-şi construiască propria cunoaştere. Nu aparţine educatorului sarcina de a fixa avansarea (înaintarea) detaliilor acestei construcţii, pentru că aceasta este o sarcină proprie subiectului, dar educatorul o poate stimula.

Primul rol al şcolii este de a stimula experimentarea asupra mediului şi cooperarea dintre elevi, cu scopul de a dezvolta spiritual critic şi autonomia (independenţa) în exploatarea realităţii într-un asemenea context, ajutând elevii să-şi elaboreze cunoştinţele lor, mai mult decât de a le prezenta date, cunoştinţe de-a gata făcute. Învăţământul are sarcina să ghideze drumul copilului (demersul său de învăţare), înainte de toate, în funcţie de activitatea acestuia ca şi în funcţie de contextul de învăţare.

J. Bruner, deşi nu adoptă toate noţiunile şi ideile avansate de Piaget a furnizat educaţiei unul dintre modelele cele mai bine articulate ale abordării dezvoltării. Două principii sunt puse la baza concepţiei sale:

- Primul, priveşte cunoaşterea noastră ca ceva fondat pe un model reprezentativ al realităţii, elaborată în temeiul a trei modalităţi posibile de cunoaştere: ***acţiunea*** (reprezentarea activ-senzorială); ***imaginea*** (reprezentarea iconică) şi ***cuvânul*** (reprezentarea simbolică);
- Al doilea principiu, subliniază faptul că modelele noastre despre realitate se dezvoltă, pe de o parte în funcţie de informaţiile provenite din mediu, iar pe de altă parte, în funcţie de depăşirea pe care subiectul o aduce prin activitatea sa personală. Construcţiile individuale pot astfel să depăşească modelele oferite de mediu şi implicit să constituie un mecanism permanent de generare a noutăţii. Cum s-ar spune, pe baza informaţiilor primite din mediu, subiectul construieşte reprezentări care pot să prelungească şi să generalizeze situaţii oarecum necunoscute până acum.

Datele menţionate ilustrează, cel puţin în parte, natura ***funcţiilor formative*** a învăţării, impactul ei semnificativ asupra dezvoltării multiplelor procese şi însuşiri psihice

ale personalității. Fără învățare, ar fi greu de imaginat cum s-ar asigura formarea și dezvoltarea ființei umane, pe măsura cerințelor mediului social – cultural tot mai complex; ar fi greu de imaginat cum ar putea să fie stimulată dezvoltarea, mai ales a unor forțe intelectuale superioare și a unor procese volitionare precum: gândirea, inteligența, reflecția, imaginația creativă, capacitatea rezolutivă, puterea voinței și perseverența în îndeplinirea proiectelor personale etc.

Privită din această perspectivă, învățarea ar putea să fie înțeleasă și realizată, totodată, așa cum preciza H. Wallon, ca un „proces de descoperire a posibilităților individuale", ceea ce ar putea să constituie o premisă a stimulării dezvoltării individuale.

Cu toate acestea, învățarea nu se poate identifica cu dezvoltarea, acestea rămânând două procese aflate în plină corelație și interacțiune biunivocă. Așa, de exemplu, învățarea rațional organizată poate:

- să se situeze în avans față de mersul dezvoltării;
- să stimuleze și să grăbească procesul dezvoltării;
- să extindă posibilitățile și perspectiva acesteia;
- să genereze mereu noi și noi „produse" psihocomportamentale, structuri mentale (structuri cognitive, operaționale) și procese psihice (modalități de receptare, de procesare a informației, de stocare, de evaluare, aplicare etc.). Acestea se pot înscrie în calitate de conținuturi și trepte superioare ale dezvoltării.

Am putea spune că în felul acesta învățarea constituie o premisă a dezvoltării, o forță de propulsare a dezvoltării, generatoare de noi potențialități ale dezvoltării individuale; ea nu rămâne doar o simplă beneficiară a dezvoltării, sau un simplu rezultat al dezvoltării.

La rândul ei, o nouă fază a dezvoltării, devine un punct de plecare și un mecanism intern al unui nou proces de învățare (M. Golu). În măsura în care procesele psihice ating niveluri tot mai înalte de dezvoltare (gândire conceptuală, capacitate rezolutivă, imaginație creativă, capacitate de analiză critică etc.), acest nou stadiu evolutiv creează noi posibilități de activitate ale subiectului, favorizează o asimilare productivă, însușirea de cunoștințe tot mai ample și complexe, de un nivel de abstracție mai înalt, noi posibilități de transfer etc. De aici apare și o nouă fază a dezvoltării și așa mai departe, conform unei progresii neîntrerupte, în spirală.

Această nouă concepție care pune pe primul plan învățarea (paradigma învățământului centrat pe învățare, pe elev), oferă instruirii, educației, posibilități mai mari ca oricând de a înrâuri dezvoltarea. Ea incită la conceperea expresă a experienței educative ca mijloc puternic de stimulare a dezvoltării.

În același timp, nu se poate pierde din vedere faptul că nu orice fel de învățare duce în mod necesar la dezvoltare. De exemplu, în condiții de supraîncărcare a elevului cu un volum mare de cunoștințe și de suprasolicitări ale sistemului nervos, învățarea poate să aibă efecte negative, descurajante, de blocaj, să devină o frână în calea dezvoltării.

Cum s-ar spune, învățarea devine eficientă și ar putea să se soldeze cu rezultate asupra dezvoltării numai atunci când, așa cum atestă numeroase cercetări:

a) Este în măsură să asigure o „organizare ierarhică a cunoştinţelor" (G. A. Miller), o asimilare a datelor disparate cuprinse în „scheme, planuri, cadre raţionale"(P. Fraisse);
b) Este întemeiată pe procesele înţelegerii ce favorizează structurarea logică a cunoştinţelor în jurul unor „puncte inteligibile de reazem" (A. A. Smirnov), mobilizează operaţiile gândirii în procesul analizei, sintezei, şi generării cunoştinţelor (S. L. Rubinstein);
c) Este construită după principiul „descoperirii informaţiilor" şi al formării „aptitudinilor intelectuale creatoare", iar nu după principiul formării asociaţiilor de tipul stimul–reacţie (J. P. Guilford);
d) Stimulează eforturile creative ale copilului, îi cultivă „spiritul de investigaţie" şi îl obligă să parcurgă treptele cunoaşterii care duc la descoperiri (R. Gal);
e) Are ca obiectiv educarea „aptitudinilor de autoînvăţare" necesare continuării învăţării pe întregul parcurs al vieţii (A. Eurich, T. Husein) şi a unui „stil raţional de muncă independentă" menit să asigure învăţarea permanentă după absolvirea studiilor (I. A. Samarin);
f) Vizează consolidarea unei motivaţii intrinseci, de tipul trebuinţelor (dorinţelor) de cunoaştere şi de înţelegere (A. H. Maslow), a intereselor cognitive şi a „setei de cunoştinţe" (J. S. Bruner, J. Nutin), a unor atitudini exploratorii şi epistemice faţă de faptele realităţii (D. E. Berlyne) etc. (*apud* **Al. Roşca**, 1975 pag. 189).

4. ADAPTARE PRIN ÎNVĂŢARE

În sistemul de gândire al concepţiilor moderne, învăţarea are o valoare adaptativă majoră; este privită ca un proces firesc al vieţii pus în legătură cu declanşarea mecanismelor de adaptare a individului la multiplele influenţe, solicitări şi cerinţe ce vin din partea mediului său existenţial, a lumii reale. Acest proces funcţionează în afara fixaţiilor comportamentale elaborate de-a lungul filogenezei. În interacţiune cu mediul său de existenţă şi de activitate, omul este nevoit să achiziţioneze o mulţime de comportamente adaptative specifice, noi sau să-şi schimbe unele dintre comportamentele sale. O astfel de achiziţie devine posibilă datorită învăţării. Capacitatea de învăţare la om, rezultat al evoluţiei, vine astfel în mod firesc „în prelungirea predispoziţiei biologice de a îmbogăţi repertoriul comportamental moştenit prin achiziţii individuale". (**M. T. Pirău**, 2008, pag. 24).

Aşa după cum am mai precizat, nu orice schimbare comportamentală înseamnă schimbare. Schimbări în comportament pot să apară şi ca urmare a maturizării organismului, a îmbătrânirii, a unei boli sau a unei stări de oboseală, a consumului de droguri etc. Dar asemenea schimbări nu se încadrează în sfera noţiunii de învăţare. Comportamentele de învăţare, unele dintre cele mai complexe forme ale comportamentului uman, se definesc prin faptul că :

- sunt obligaţii individuale, rezultate în urma unei experienţe proprii anterioare şi
- sunt puse în slujba adaptării individului la cerinţele mediului său, sunt adaptări la situaţii.

Psihologia şi ştiinţele educaţiei recunosc şi apreciază la justa valoare rolul mediului în influenţarea şi modelarea fiinţei umane şi tratează această problemă din perspectiva legii universale a unităţii organice dintre organism şi mediu. Desigur, facem distincţie între existenţa unui mediu natural (geografic) cu care omul este obligat să întreţină o permanentă interacţiune, în sensul întreţinerii unui schimb continuu de substanţe necesare existenţei sale. Dar, în afara acestui mediu, mediul specific omului este o relaţie istorică a omului însuşi. Într-o asemenea situaţie, relaţia umană „organism-mediu" primeşte un conţinut nou, devenind, aşa după cum s-a mai precizat, o relaţie de tipul: ***„om – societate – cultură".*** Acesta este un mediu umanizat, civilizat, de un înalt nivel de complexitate, în care sunt încorporate produsele întregii dezvoltări istorice a umanităţii. Forţa influenţelor mediului natural scade pe măsura complicării vieţii social – culturale şi economice şi a luării treptate în stăpânire a naturii de către om. Continua adaptare la mediu presupune schimbări comportamentale permanente, achiziţia repetată de noi comportamente, adică învăţare, cu momente de intensificare, de accelerare a ritmurilor, în unele situaţii de evoluţie individuală. Cu cât ritmurile schimbărilor sociale evoluează mai repede, cu atât şi adaptările devin mai necesare, iar învăţarea devine mai solicitată, crescând importanţa ei. Un mediu extrem de complex şi de complicat, de exemplu ca cel de astăzi, care cuprinde toate domeniile vieţii materiale şi spirituale ale societăţii: relaţiile interumane; nivelul de creştere; normele de convieţuire; valorile culturale; bunurile materiale etc. obligă, aşadar, la eforturi tot mai mari de adaptare, de învăţare.

Adaptarea este o trăsătură comună fiinţelor vii, care permite omului să depăşească dificultăţile întâlnite în raporturile sale cu mediul existenţial, îndeosebi în viaţa de relaţie, în munca sa, dar şi în diverse împrejurări. Adaptările se declanşează imediat ce organismul nu mai reuşeşte să răspundă cu potenţialul său la exigenţele stimulilor, reuşita fiind posibilă numai cu preţul unor eforturi semnificative de învăţare. „Dintre toate fiinţele vii, omul este singurul capabil să organizeze procese programate, pentru sine şi pentru semenii săi, în vederea optimizării rezervelor sale de adaptare, pornind de la exigenţele sociale pe care le-a produs şi identificat" (**R. Manno**, 1992).

În sens general, adaptarea sau ajustarea înseamnă în psihologia genetică "ansamblul de modificări ale schemelor (structurilor) în funcţie de condiţii noi" (**P. Popescu Neveanu**, 1978). Prin adaptare, prin activitatea pe care o implică aceasta...„se menţine stabilitatea relativă a condiţiilor interne ale sistemului, a organismului, menţinerea sa constantă ca totalitate în lumea înconjurătoare" (**H. Löwe**, 1978, pag. 37).

Astfel, în esenţa ei, învăţarea rămâne un fenomen psiho-comportamental de ameliorare a adaptării individului în moduri diferite la situaţiile vieţii (**M. Epuran**, 1985). Privită din perspectiva adaptării, învăţarea apare ca o problemă de schimbare şi reglare (autoreglare) adaptativă în comportament; o schimbare rezultată din interacţiunea organismului (individului) cu mediul. În cadrul acestei interacţiuni, în organism (sau la nivelul individului) se petrec anumite schimbări care dau un răspuns nou, adecvat, situaţiilor noi, influenţelor exercitate de mediu, stimulilor care vin din partea acestuia.

În acest sens, învăţarea se proiectează ca un mijloc de sporire a capacităţii adaptative a individului, ca o caracteristică esenţială a inteligenţei, aşa după cum subliniau J. Piaget şi Claparède atunci când considerau inteligenţa drept o funcţie de adaptare susceptibilă de a continua să se dezvolte de-a lungul ontogenezei. Confruntată cu

aceste realităţi, societatea face eforturi crescânde în vederea îmbunătăţirii celei mai umane capacităţi a noastre – aceea de a învăţa. (**J. R. Kidd**, 1981).

Supus unei analize mai atente, pentru J.Piaget, acest efort adaptativ profilat pe fundalul unui raport obiectiv organism--mediu, se stabileşte prin mijlocirea a două procese fundamentale, aflate în continuă căutare de echilibru:

- unul de *asimilare* (*învăţare adaptatiivă*);
- altul de *acomodare* (*învăţare prin: acomodare*)

Ambele procese sunt privite nu ca funcţii separate, ci în calitate de doi poli opuşi aparţinând oricărei forme de adaptare:

a) În ceea ce priveşte ***activitatea de asimilare*** a realităţii la individ, de asimilare de către organism a aporturilor externe, aceasta este în esenţă o activitate de încorporare a obiectului cunoaşterii în experienţa cognitivă anterioară a subiectului (a noului încorporat în vechi), în propriile structuri de cunoaştere şi de transformare a acestora. Cum s-ar spune, informaţia asimilată este generatoare de forme mentale şi comportamentale create prin mijlocirea asimilării comportamentului şi informaţiei culturale. În interpretarea psihologiei constructiviste, „asimilarea trebuie înţeleasă ca o formă a raportării la nou, care tratează acest nou ca ocurenţă a ceva cunoscut (...). Asimilarea cognitivă are loc atunci când un organism cognitiv activ adaptează o experienţă la structura conceptuală de care dispune (...). Asimilarea reduce noile experienţe la structurile senzo-motorii sau conceptuale deja existente (**E. von Glasersfeld**, 1994, *apud* **Siebert**, 2001, pag. 33).

b) Referindu-ne la activitatea de ***acomodare*** se poate spune că aceasta este o activitate de conformare a subiectului la realitate, potrivit cerinţelor impuse; este o activitate de creare a unor noi structuri sau scheme cognitive sub influenţa unor noi stimulaţii externe; o activitate de modificare a schemelor mentale şi operaţionale anterior constituite.

În cele din urmă, învăţarea se prezintă astfel ca o schimbare în comportament necesară pentru a menţine un echilibru homeostazic a organismului cu mediul său; adică un echilibru bazat pe activităţi de asimilare, dar şi de transformare a respectivului mediu. Asimilarea şi acomodarea funcţionând pe toate treptele sau stadiile dezvoltării individuale.

Pentru om, adaptarea nu este doar o reacţie la mediu, pentru că omul este cel care configurează acest mediu în mod productiv. Este clar că „atunci când structurile şi schemele existente nu mai sunt viabile, nu mai funcţionează, nu se mai conservă, este necesară o reînvăţare, o învăţare prin acomodare” (**Siebert**, 2001, pag. 33). Sau, învăţarea prin acomodare devine necesară atunci când o structură sau o schemă de acţiune nu mai duce la rezultatele aşteptate, nu mai corespunde aşteptărilor subiectului care învaţă (*idem*).

Ceea ce se cheamă câştigarea „unei experienţe de învăţare” semnifică tocmai această interacţiune între om şi condiţiile exterioare ale mediului în care acţionează (**Tyler**, 1950).

Privită din această perspectivă, învăţarea se defineşte ca o proprietate (capacitate) a organismului de a-şi modifica funcţiile şi structurile în raport de cerinţele şi influenţele mediului; ca o modificare de conduită; ca un proces de echilibrare neîncetată între om şi mediul său; de echilibrare între asimilare şi acomodare. Cunoaşterea în sine poate fi

considerată ca rezultatul unor construcţii şi reconstrucţii, practic nelimitate, a structurilor şi schemelor cognitive datorită proceselor de asimilare şi acomodare.

Şi în activitatea şcolară, important este că, prin asemenea schimbări în comportament, concretizate în cunoştinţe asimilate şi deprinderi formate, prin tot ceea ce învaţă, elevul îşi dezvoltă capacitatea de adaptare, caută să se adapteze activ şi continuu sarcinilor şi obligaţiilor la care este supus de rigorile specifice unui mediu şcolar. Învăţarea vine să sporească necontenit capacitatea lui de adaptare.

Prin învăţare, acesta se vede echipat cu mai multe informaţii, cunoştinţe, abilităţi, strategii, motivaţii şi o imagine de sine adecvată. În felul acesta, el devine capabil să facă faţă cerinţelor şcolare, problemelor cu care se confruntă.

Pe termen lung, învăţarea şcolară, în completare cu învăţarea extraşcolară, are aşadar semnificaţia unui act de pregătire pentru viaţă, pentru muncă, pentru integrarea activă şi responsabilă în viaţa social -profesională. În fond, este vorba de adaptare.

Concluzii. Este evident că schimbările atât de rapide şi de profunde ce caracterizează evoluţia societăţii actuale, că dezvoltarea unei societăţi a cunoaşterii şi a comunicării generalizate induc o creştere, pe măsură, a nevoilor de cunoaştere ale omului şi odată cu acestea, o nevoie acută de învăţare continuă . Altfel, cum ar mai putea omul zilelor noastre să întreţină o comunicare la fel de dinamică în raporturile sale cu mediul, precum dinamica însăşi a mediului său de existenţă şi de activitate ? În asemenea condiţii este de înţeles de ce dezvoltarea capacităţii de învăţare – a capacităţii celei mai umane dintre capacităţile umane – devine în mod evident atât de necesară . Ascensiunea fără precedent a învăţării este pusă în legătură , în cele din urmă , cu imperativul dezvoltării forţelor psihice şi fizice ale omului la un nivel incomparabil mai înalt decât în trecut , pentru a putea face faţă noilor provocări la care este acum supus. Din acest punct de vedere , dincolo de funcţiile ei adaptative, învăţarea se impune prin imensul ei potenţial formativ, generator de modificări structurale fundamentale în personalitatea individului, oferindu-i acestuia mijloace psiho-conceptuale şi operaţionale pentru o mai bună echilibrare, activă şi anticipativă, cu realitatea .

Cercetările asupra învăţării, realizate în prima lor fază, şi generalizările / teoriile care le-au urmat au reuşit să aducă explicaţii de certă valoare ştiinţifică în privinţa proceselor simple de învăţare, a celor perceptive, perceptiv – motrice sau motrice şi să răspundă interesului pentru problemele memoriei şi reproducerii, transferului de cunoştinţe, asimilării de cunoştinţe, dozării exerciţiilor, pentru semnificaţia şi în mod special pentru utilizarea conexiunilor inverse şi a sistemului *feedback* , la care au fost asociate metode şi tehnici adecvate, clasice, de prezentare a materialului de învăţat. Au adus în atenţie, de asemenea, problema compensărilor şi interferenţelor între diferitele abilităţi, probleme ale terapiei comportamentale şi ale tratării tulburărilor comportamentale. Alte date s-au utilizat şi se aplică cu succes în activitatea de consiliere educaţională şi vocaţională, ori în metodologia self-managementului, de exemplu .

Dar situaţia s–a schimbat foarte mult odată cu amploarea pe care a luat-o dezvoltarea teoriilor cognitiviste şi constructiviste, în a doua parte a secolului trecut. Atenţia a fost îndreptată asupra unor procese psihice calitative, complexe; asupra proceselor mentale superioare, cu deosebire asupra comportamentului inteligent, arătând că ele sunt rezultatul unei construcţii a subiectului, a activităţii acestuia.

Toate aceste realizări au reuşit, în primul rând, să acrediteze o schimbare de perspectivă în modul de înţelegere şi interpretare a activităţii de învăţare , să dea un sens major şi un obiectiv uman acesteia. Adică, să-i atribuie semnificaţia unui puternic factor de stimulare a dezvoltării potenţialităţilor adaptative, intelectuale şi fizice, ale individului; să facă din învăţare, în numele actualelor principii ale umanismului modern, o intervenţie hotărâtă şi extinsă asupra tuturor indivizilor, arătând o grijă cu totul aparte copiilor şi tinerilor socialmente şi culturalmente defavorizaţi, celor cu deficienţe intelectuale sau cu alte deficienţe.

În al doilea rând, luarea în consideraţie a reperelor psihopedagogice amintite au un important impact asupra fundamentării ştiinţifice a activităţii de instruire şi educaţie din sistemul instituţiilor de învăţământ, dar şi din afara acestora. Astfel, datele respective sunt utile în aspecte care privesc :

- elaborarea curriculumului învăţământului (dezvoltarea programelor şcolare şi a manualelor) de o manieră care să fie benefică tuturor copiilor şi tinerilor, realizării unei educaţii incluzive;
- orientartea curriculumului şi înţelegera elaborării acestuia ca o problemă ce vine în sprijinul construirii cunoaşterii şi acţiunii individuale ;
- înţelegerea curriculumului drept o ofertă suficientă de bogată în experienţele concrete, directe şi abstracte, favorabilă structurării, destructurării şi restructurării , niciodată încheiată, a experienţelor de cunoaştere a elevilor, specifice progresării acestora pe calea însuşirii conceptelor şi competenţelor ;
- armonizarea curriculumului cu nivelul dezvoltării intelectuale şi fizice a copiilor (cu dezvoltarea activităţii de gândire) .

Cu atât mai mult, noile orientări, teorii şi date sunt în măsură să :

- aducă o contribuţie remarcabilă la transformarea procesului de învăţământ, în sensul constituirii acestuia într–un sprijin acordat celui care învaţă, încât acesta să se înţeleagă mai bine pe sine şi mediul său de activitate şi mai ales să găsească modalităţi satisfăcătoare de auto-dezvoltare şi folosire a resurselor psihice personale;
- determine revizuirea conceptelor şi modelelor vechi de învăţare / predare, depăşirea barierelor psihopedagogice normativiste, în favoarea stimulării iniţiativei şi implicării active în efortul de învăţare;
- acorde prioritate organizării învăţământului centrat pe elev şi a celui centrat pe microgrup; inclusiv diversificării formelor (tipurilor) de învăţare, a celor care stimulează deprinderea demersurilor cognitive, a căutărilor, tatonărilor, experimentărilor, descoperirilor, rezolvării de probleme, deschiderii spre integrarea noilor tehnologii informaţionale şi de comunicare etc.;
- aplice principiul diferenţierii, al individualizării şi personalizării, prin multiplicarea şi diversificarea situaţiilor de învăţare în clasă, condiţie primordială, în acelaşi timp, a reuşitei educaţiei incluzive.

În câmpul psihopedagogiei speciale investigaţiile efectuate şi concluziile la care s-a putut ajunge propun strategii şi modele utile în căutarea unor răspunsuri adecvate la diversitatea situaţiilor concrete, precum: deficienţe de intelect şi de auz, de văz şi de limbaj, neuromotorii şi de comportament, stări de autism etc.

În fine, datele despre psihologia învățării își găsesc locul pretutindeni unde activitatea de muncă implică modificarea comportamentelor după specificul mediului muncii, adaptării la locul de muncă, în contextul formării profesionale, al calificărilor și recalificărilor, al formării profesionale, al modelării atitudinilor și a paternurilor de relații interpersonale specifice locului de muncă sau profesiei .

5. ÎNVĂȚAREA COGNITIVĂ LA ELEVII CU HANDICAP MINTAL. CONDIȚII ALE ÎNVĂȚĂRII COGNITIVE EFICIENTE

Învățarea cognitivă, „care face trimitere la funcțiile psihice superioare, implicând elaborări complexe, reprezentări de obiecte simbolice...." (**Doron R.**, **Parot F**., 1991, pag. 145), precum și raportul informativ-formativ au fost abordate, în calitate de probleme cheie pentru devenirea umană, atât în psihologie, cât și în marile opere pedagogice. Învățarea cognitivă, orientată spre „dobândirea de cunoștințe, operații și deprinderi intelectuale , proces având la bază înțelegerea și exercițiul„ (**Radu Ghe**. 1999, pag. 33), asigură ascensiunea de la senzorial la logic, la formarea și dezvoltarea operațiilor gândirii, procesului psihic care determină adaptarea omului la cerințele complexe ale existenței, inclusiv la cele ale viitorului.

Adaptarea insuficientă a copilului cu handicap mintal la exigențele vieții cotidiene și ale integrării școlare și sociale, personalitatea fragilă, imatură psihologic și social a adulților cu deficiență mintală se datorează faptului că procesul psihic cel mai afectat la această categorie de persoane este gândirea. **Emil Verza** (1997) demonstra că gândirea reprezintă cea mai izbitoare caracteristică pentru evaluarea gradului handicapului de intelect și a posibilităților de efectuare a unor activități. Handicapul de intelect se constată în toate operațiile gândirii, fiind deosebit de evident în abstractizare și generalizare sau în înțelegerea și rezolvarea unor probleme cu caracter mai complex. Radu Gheorghe (1999, 2000) demonstra că, în deficiența mintală, mai ales datorită interacțiunii dintre diferiți factori, se produce o limitare a accesului la informație, o diminuare și o îngustare a activismului operațional, ceea ce solicită o atenție dosebită dirijării învățării cognitive. Gândirea este procesul psihic care asigură adaptarea ființei umane la mediu. De aceea, în pofida dezavantajelor pe care le determină afectarea mintală, elevii cu handicap mintal, prin învățare, trebuie să dobândească strategii de răspuns, cel puțin pentru problemele cotidiene cu care se confruntă ființa umană, în condițiile unor situații variate și schimbătoare. Curriculumul educațional, orientarea, proiectarea și organizarea procesului de predare-învățare-evaluare, a mediului instructiv – educativ, a strategiilor centrate pe elev, a metodelor și mijoacelor de învățământ, pot ajuta elevul cu handicap mintal să se îndrepte, „în ritmul său propriu și specific spre stadiile inteligenței operatorii" (Jean Piaget). Cercetările bazate pe abordarea pozitivă a persoanei / elevului cu handicap, utilizarea metodei microgenetice de cercetare în educația specială au reliefat posibilitatea dezvăluirii, actualizării întregului potențial biopsihic al copilului cu handicap, finalizarea activității de învățare cu extragerea unor informații categoriale, dezvoltarea capacității de a stabili legături și de a le utiliza în rezolvarea unor probleme importante pentru autonomia sa și integrarea sa școlară și socială.

Raportul informativ-formativ a fost problema centrală în marile opere pedagogice. Michel de Montaigne (1533-1592) unul din cei mai importanţi scriitori francezi ai Renaşterii, pentru care „lumea nu este decât o şcoală pentru întrebări", şcoală orientată spre cultivarea înţelepciunii, judecăţii şi bunătăţii, a demonstrat superioritatea caracterului formativ al educaţiei („un cap bine făcut"), faţă de cel informativ ("un cap bine umplut"). Apoi, continuu, în studiile pedagogilor europeni, s-a conştientizat faptul că procesul de predare-învăţare trebuie orientat nu numai spre dobândirea de informaţii utile, ci şi spre formarea capacităţilor intelectuale, spre dezvoltarea gândirii. Dar, numai în secolul XX, s-a depăşit psihologia empiristă care făcea din imagine elementul fundamental al procesului de cunoaştere şi pedagogia bazată pe această abordare, pentru care metoda intuiţiei era suverană. Abia John Dewey, părintele şcolii şi pedagogiei americane moderne dezvoltă conceptul de activitate didactică, pornind de la faptul că semnificaţia lucrurilor se dobândeşte prin manipularea lor. Formularea memorabilă, „learning by doing" subliniază că observarea lumii nu este suficientă pentru construcţia intelectuală, ci trebuie însoţită şi dublată de o activitate concretă. El formulează ipoteza naturii operative a gândirii: „gândirea, concepţiile şi ideile noastre sunt denumiri ale unor operaţii de executat sau care au fost executate". Pierre Janet a pus în evidenţă rolul acţiunii în constituirea proceselor psihice.

Surprinderea esenţei procesului de formare şi dezvoltare a inteligenţei cu repercusiuni directe asupra procesului educativ, asupra renunţării in facto la concepţia empiristă de organizare a procesului de predare-învăţare este realizată în opera lui Jean Piaget (1896-1980). Prin cercetările sale, desfăşurate timp de şase decenii, Jean Piaget oferă o bază ştiinţifică pentru soluţionarea vechii probleme pedagogice a raportului informaţie-formaţie, pentru educarea şi adaptarea omului în condiţiile accelerării schimbării mediului. În concepţia piagetiană, adaptarea presupune un moment de asimilare şi unul de acomodare. Asimilarea este actul de încorporare a noilor date ale realităţii la structurile intelectuale anterioare; asimilarea este urmată, în anumite condiţii de acomodare, de o modificare a structurilor psihice ale subiectului, potrivit realităţilor cu care s-a aflat în contact. Elementele fundamentale ale gândirii nu sunt imaginile statice, copii ale obiectelor exterioare ci schemele de acţiune, operaţiile interiorizate la construirea cărora acţiunea directă a subiectului are un rol covârşitor. Psihologia lui Jean Piaget demonstrează că la nivelurile sale superioare, gândirea este un sistem de operaţii logice, fizice (spaţio-temporale) şi numerice. În construcţia intelectuală, conform teoriei lui Piaget şi a discipolilor săi, operaţia este elementul activ al gândirii care asigură progresele esenţiale ale inteligenţei. Operaţia constituie un mod de lucru neuropsihic, dispoziţie instrumentală, acţiune interiorizată, transformare senzoriomotorie sau mintală care se defineşte nu izolat sau de sine stătător, ci prin apartenenţa la o structură de ansamblu, dotată cu reversibilitate. Reversibilitatea este indicatorul care distinge operaţia de deprindere (a inversa o deprindere înseamnă a căpăta o nouă deprindere). Mobilitatea operaţiei exprimă caracterul ei reversibil; o operaţie inversă este înţeleasă psihologic odată cu operaţia directă, fiind aceeaşi transformare dar în sens invers. Astăzi, lumea ştiinţifică recunoaşte rolul fiecărei operaţii a gândirii în dezvoltarea personală şi în afirmarea în societate a fiinţei umane.

În câmpul psihologiei şcolare şi psihopedagogiei speciale, cercetări şi teorii clasice şi moderne propun strategii şi modele pentru facilitarea dezvoltării gândirii, a rezolutivităţii sale, pe baza unui anumit raport informaţie-formaţie şi a unui suport specific pentru atingerea stadiului operator. **Ioan Neacşu** (2008) demonstra că învăţarea şcolară conduce la evoluţii progresive în planul eficienţei schimbărilor semnificative şi relativ observabile la nivelul conduitei cognitive, acţionale, sociorelaţionale şi emoţional-afective. În cazul elevului cu handicap, învăţarea cognitivă este eficientă când se finalizează cu dezvoltarea gândirii acestuia, cu înaintarea de la stadiul senzorio-motor, preoperaţional la cel al operaţiilor concrete şi rezolvarea unor probleme vitale, de autonomie personală şi socială. Toate operaţiile gândirii au constituit obiectul cercetării psihologice şi psihopedagogice. O bună parte din cercetările privind gândirea s-au realizat pe eşantioane de elevi din şcolile speciale şi cele obişnuite. Cercetările clasice privind operaţiile gândirii au oferit un bogat material de studiu şi au permis aprofundarea specificului gândirii la copiii cu deficienţă mintală, dar şi formularea de principii, norme, procedee şi tehnici privind stimularea gândirii în educaţia specială. Astfel, s-au identificat diferenţe între operaţiile gândirii la copii cu deficienţă mintală şi cei obişnuiţi. Diferenţele constatate conduc spre: desprinderea specificului deficienţei mintale propriu-zise; desprinderea operaţiilor şi microoperaţiilor care se pot realiza dar cu o anumită întârziere faţă de normalitate; desprinderea operaţiilor profund afectate (abstractizarea şi generalizarea); stabilirea dificultăţilor întâmpinate de către elevii cu deficienţă mintală şi a sprijinului necesar pentru depăşirea acestora; explicaţii cauzale. S-au evidenţiat şi apectele comune atât la copiii obişnuiţi cât şi la cei cu deficienţă mintală; la toţi copiii, stabilirea asemănărilor dintre obiecte este mai dificilă decât stabilirea deosebirilor; la o problemă de categorizare(pune deoparte ce se potriveşte) cu suport concret-acţional (trusa Dienes), toţi preşcolarii, (cei cu deficienţă mintală, la o vârstă cronologică mai mică) fac spontan grupări după dimensiunea culoare, şi cu sprijin diferenţiat după mărime şi, numai după o instruire ţintită, după dimensiunea formă. Contribuţii deosebite au avut profesorii şi cercetătorii români din domeniul psihopedagogiei speciale: C. Pufan, D. Damaschin, M. Roşca, E. Verza, I. Muşu, M. Roşca, B. Zorgo, C . Păunescu, I. Străchinaru ş.a.

Comparaţia a fost operaţia gândirii care a atras, cu deosebire, atenţia cercetătorilor. În 1919 E. Claparède publică studiul „Conştiinţa asemănării şi diferenţei la copil". Puţin mai târziu, în cercetările efectuate în şcolile speciale, comparaţia a fost evaluată atât la începutul şcolarităţii cât şi în diferite momente ale învăţământului primar şi gimnazial. Au reieşit din astfel de cercetări concluzii privind specificul operaţiei la copiii cu deficienţă mintală: descrierea succesivă a obiectelor supuse comparaţiei fără raportare spontană (în absenţa dirijării educatorului) a unui obiect la altul; efectuarea comparaţiei, dar cu stabilirea deosebirilor şi asemănărilor după indici neconcordanţi; insuficienta desprindere a elementelor diferenţiatoare; apariţia cu întârziere a capacităţii de a trece de la desprinderea asemănărilor de natură perceptivă (culoare, mărime, formă) la cele de natură categorială. În studiul său, „Cum ştie copilul să claseze obiectele", Henri Wallon şi colaboratorii evidenţiază întârzierile în categorizarea obiectelor dar şi dificultăţile deosebite de raportare la noţiuni în efectuarea comparaţiilor. Cercetări experimentale, efectuate în anii 1950-1960, au făcut trecerea de la constatarea disfuncţiilor operaţiilor gândirii la evidenţierea condiţiilor care facilitează aceste operaţii.

Astfel s-a stabilit că, în procesul activităţii executate cu obiectele, desprinderea asemănărilor şi deosebirilor se realizează cu o mai mare uşurinţă şi corectitudine, decât atunci când copiii sunt puşi doar în situaţia de a percepe obiectele. Aceleaşi cercetări au stabilit că realizarea comparaţiei numai pe bază de reprezentări este inaccesibilă şcolarului mic cu deficienţă mintală. Deşi s-a studiat fiecare operaţie în parte, cu ajutorul unui arsenal de problematizare şi metodologic adecvat, cercetătorii au avertizat că, gândirea fiind un proces unitar, diferitele operaţii se întrepătrund, iar de acest fapt trebuie să se ţină cont în tratarea unui aspect, în interpretarea datelor obţinute şi în intervenţia educativă.

Încă de la primele studii privind copilul cu handicap, planul constatativ s-a asociat cu cel ameliorativ, cel psihologic cu cel pedagogic. Astfel, în zona operaţiilor gândirii, a comparaţiei, cercetările s-au orientat şi spre formularea de reguli care trebuie respectate în procesul de învăţământ, mai ales în cazul copiilor cu deficienţă mintală. Pentru facilitarea comparaţiei, s-au propus procedee care s-au dovedit deosebit de importante la copiii cu deficienţe mintale. Printre aceste procedee didactice enumerăm :opunerea, pentru a facilita stabilirea elementelor comune / asemănărilor dintre două sau mai multe obiecte (se adaugă un obiect care se deosebeşte tocmai în ceea ce priveşte elementul comun primelor două); nivelarea-facilitarea desprinderii însuşirii comune a două obiecte prin adăugarea unui nou obiect care posedă însuşirea comună dar diferă sub aspectul însuşirilor neesenţiale; trecerea de la compararea unor obiecte evident deosebite spre compararea altora cu diferenţe minime; exerciţii sistematice la diferite obiecte de învăţământ de stabilire a diferenţelor dintre obiecte din ce în ce mai asemănătoare, şi asemănărilor dintre obiecte din ce în ce mai diferite. Din perspectivă metodologică, a fost esenţial momentul în care s-a demonstrat că dezvoltarea gândirii, la copiii cu deficienţă mintală, „este susceptibilă" la influenţele instructiv-educative. Momentul de salt în psihopedagogia specială a fost dat de următorul adevăr constatat experimental: în cazul unei intervenţii educaţionale adecvate, atât la elevii cu deficienţă mintală cât şi la cei obişnuiţi se înregistrează progrese, care marchează treceri spre stadiile superioare ale gândirii, chiar dacă se menţin diferenţele calitative stabilite iniţial.

O contribuţie aparte, cu impact deosebit asupra educaţiei speciale, privind principiile şi condiţiile învăţării cognitive şi ale dezvoltării gândirii a avut-o Maria Montessori (1870-1952). Ideile sale educaţionale, aplicate în practică începând cu 1907, s-au concretizat în binecunoscuta şi apreciata *metodă Montessori*, care a generat zeci şi zeci de *şcoli Montessori,* în întreaga lume. Centrarea pe copil, atenţia acordată modului său specific de căutare a soluţiilor, atât pentru problemele cognitive cât şi pentru cele sociale, reprezintă o direcţie revalorizată azi în teorie (cercetări prin metoda microgenetică) şi valorificată în practica educaţiei speciale. Individualizarea demersului, pentru a sprijini copilul în tehnicile de învăţare a rezolvării problemelor, este o condiţie a eficienţei învăţării cognitive. În concepţia Mariei Montessori, educatorii trebuie să nu impună soluţii copiilor, ci să pregătească un mediu care încurajează fiecare copil să lucreze în mod independent. Autonomia dobândită încurajează dezvoltarea aptitudinilor necesare pentru obţinerea succesului de-a lungul vieţii. Decizia de intervenţie pe care dr. Montessori a numit-o „pragul intervenţiei" (timpul potrivit de intervenţie din partea adultului) depinde de capacitatea adultului de a observa fiecare copil în parte şi de a fi sensibil la dezvoltarea lui individuală. M. Montessori a definit perioadele senzitive ale

dezvoltării, a relevat importanța activității proprii a copilului și a anticipat genial necesitatea orientării procesului educativ spre competențele pe care copilul va trebui să le manifeste în viață. Aptitudinile de învățare a rezolvării problemelor la o vârstă fragedă pregătesc copiii pentru învățarea pe mai departe și încurajează dezvoltarea socială. „O metodă de educație care cultivă și protejează activitățile interioare ale copilului nu este o problemă care preocupă în mod special școlile sau educatorii; este o problemă universală." Ideile Mariei Montessori privind cultivarea activităților interioare, pornind de la activitățile educative organizate cu mijloace specifice, într-un mediu de învățare adaptat nevoilor copilului din timpul fiecărui stadiu de dezvoltare și a fiecărei perioade, precum și mijloacele de învățământ propuse au fost cunoscute și aplicate în educația specială.

În zilele noastre, Reuven Feuerstein și colaboratorii (**Yaacov Rand, Raphael S. Feuerstein, Louis Falik** ș.a., 1978) lansează teoria numită *„Modificabilitatea cognitivă structurală"*. Modificabilitatea cognitivă structurală propune o modificare structurală a funcționării individului, care reflectă o schimbare în cursul previzibil al dezvoltării sale; procesul educațional trebuie astfel organizat, încât, ceea ce se învață să contribuie la apariția unei noi capacități (abilități), care presupune modificare / transformare / dezvoltare, deci alte modalități de funcționare decât cele utilizate obișnuit; este important să se transforme calitatea abordării realității de către persoană, care trebuie să devină activă și eficientă. Modificabilitatea cognitivă structurală se produce pe baza Experienței învățării mediate (E.I.M.) care presupune un program special gândit de activități și procese de rezolvare a programelor și situațiilor concepute pentru a favoriza dezvoltarea. Prin generalizare, principiile și strategiile de organizare, câștigate prin E.I.M. sunt transferate în alte domenii de activitate. Astfel, se îmbunătățește capacitatea individului de a învăța prin expunere directă la stimuli, iar modificarea structurală este facilitată. Educatorul, învățătorul și orice alt agent al educației formale ar trebui să joace rolul de veritabil mediator, generator de modificare structurală cognitivă, prin valențele formative ale disciplinelor de învățământ. Interacțiunea mediată depășește nevoile imediate ale sarcinii de lucru, urmărind achiziționarea de principii generale, concepte și strategii care vor fi folosite dincolo de cadrul restrâns al problemei prezente. Prin Experiența învățării mediate se produce o atenuare a funcțiilor cognitive deficitare. Reuven Feuerstein a sintetizat și sistematizat rezultatele cercetărilor privind afectarea funcțiilor cognitive în deficiența mintală sub titlul *Funcțiile cognitive deficitare,* în faza Input, Elaborare și Output. Funcțiile cognitive deficitare, care împiedică folosirea eficientă a datelor culese sunt: a. incapacitatea sesizării faptului că există o problemă și că ea trebuie să fie definită; b. incapacitatea distingerii datelor pertinente, atunci când se definește o problemă; c. lipsa comportamentului de comparare spontană sau limitarea exercitării ; individul nu resimte în mod spontan nevoia de a compara, astfel încât el nu reușește să depășească experiența perceptivă imediată, descriind separat fiecare stimul. d. îngustarea câmpului mental; individul reușește să cuprindă simultan, doar un număr redus de stimuli; stimulii sunt cuprinși succesiv sau alternativ, ceea ce conduce la o lipsă de coordonare și combinare a lor; e. înțelegerea episodică a realității care poate fi definită ca o insuficentă orientare spre căutarea și proiectarea de legături sau/și de a grupa, a organiza și a recapitula evenimentele; f. lipsa sau afectarea nevoii de evidență logică; formularea nepotrivită a motivelor care conduc spre o concluzie; insuficiența trebuinței de a explica

un fenomen neconvenabil; g. lipsa interiorizării care presupune netransferarea în planul reprezentării mentale a elementelor prezente în plan extern şi al acţiunii în act mental; individul se raportează mai curând realităţii concrete decât interiorizării sale, ceea ce afectează reprezentarea viitorului şi realizarea unei transformări; h. lipsa sau diminuarea capacităţii de a defini cadrul necesar în rezolvarea problemei; lipsa sau afectarea comportamentului de planificare conduc la inexistenţa unei legături între prezentul spaţial şi temporal şi scopurile viitoare, a căror realizare să poată fi, în etape, anticipată; i. lipsa elaborării unor categorii cognitive, datorită faptului că noţiunile nu fac parte din vocabularul persoanei la nivel receptiv sau nu sunt mobilizate la nivel expresiv; această afectare dezvăluie pregnant legătura dintre funcţiile celor 3 faze. Afectarea constă din faptul că individul nu organizează datele adunate în categorii supraordonate. În faza de elaborare sunt necesare compararea, recapitularea, folosirea datelor pertinente şi stabilirea de relaţii virtuale. Programul de Îmbogăţire instrumentală Feuerstein (Instrumental Enrichment Program) conţine un set de instrumente prin intermediul cărora se realizează învăţarea mediată. Fiecare instrument se concentrează pe remedierea anumitor deficienţe de natură cognitivă, dar se adresează şi formării unor strategii necesare învăţării. Programul conţine instrumente nonverbale şi instrumente care solicită citirea independentă şi deprinderi de înţelegere. Exerciţiile din fiecare instrument sunt gradate ca dificultate şi complexitate. Ordinea în care instrumentele sunt predate / învăţate depinde de nevoile elevilor, de zonele deficitare care trebuie remediate. Construcţia materialelor Programului de Îmbogăţire instrumentală, precum şi strategia aplicării lor se bazează pe o analiză atentă a naturii sarcinilor prin intermediul *hărţii cognitive*. Harta cognitivă este un instrument conceptual care ajută la analiza naturii sarcinii şi a variatelor operaţii mentale pe care individul se bazează pe parcursul desfăşurării sarcinii.

Orientarea învăţării cognitive spre dezvoltarea microoperaţiilor gândirii la elevii cu handicap mintal

Din punct de vedere educativ, operaţiile interiorizate sunt rezultatul unui proces în care acţiunile concrete ale subiectului se complică treptat, generând noi conduite, mai complexe şi scheme interioare din ce în ce mai desprinse de conţinutul concret care le-a generat, fiind tocmai din această cauză operaţionale în situaţii din ce în ce mai diferite şi mai noi. Psihologia contemporană şi cercetările experimentale contemporane din domeniul didacticii au demonstrat că, nicio conduită nouă nu răsare ex abrupto fără pregătire; în toate domeniile vieţii psihice, ea este totdeauna pregătită de un şir lung de conduite anterioare, mai primitive, faţă de care ea nu constituie decât o diferenţiere nouă şi o coordonare nouă. În România, în şcolile speciale, s-au căutat soluţii, pe baza înţelegerii necesităţii parcurgerii şi susţinerii unor trepte intermediare pentru a ajunge la dezvoltarea laturii operaţionale a gândirii. În primul rând, s-au introdus, în procesul de învăţământ, mijloacele de învăţământ realizate în concepţia Mariei Montessori care asigură acţiunea spontană a copilului cu jocuri orientate spre dezvoltarea capacităţii de a antrena , ceea ce psihologii au denumit microoperaţii ale gândirii sau operatori logici. În psihopedagogia specială românească s-au diseminat modele de exerciţii pentru antrenarea unor scheme de acţiune şi interiorizarea lor în plan perceptiv-motric. Exerciţiile perceptive şi senzorio-motorii, publicate de Jacques Dubosson între cele

două războaie, s-au generalizat în activitatea educativă din numeroase şcoli şi aşezăminte pentru persoanele cu handicap. Ele constituie şi un model de selectare şi ierarhizare a exerciţiilor, pornind de la exerciţii de atenţie şi memorie, pentru a ajunge la exerciţii de reprezentare mintală. Cartea lui J. Dubosson reprezintă un model de educaţie dirijată, cu implicarea personală şi activă a copilului, o materializare a principiului lui J. J. Rousseau: „Nu ştim nici să atingem, nici să vedem, nici să auzim decât ceea ce am învăţat". În planul asigurării învăţării cognitive, conceptul de microoperaţii ale gândirii a fost utilizat sistematic de Paul Popescu Neveanu, iar în educaţie de Ionel Muşu, care a preferat conceptul de operator logic. I. Muşu a şi elaborat un set de fişe de activitate independentă orientate spre dezvoltarea microoperaţiilor gândirii, în lecţie. Introducerea, în şcolile speciale, a fişelor de activitate independentă, orientate spre dezvoltarea microoperaţiilor gândirii şi a mijloacelor de învăţământ în concepţie montessoriană, a trusei Dienes, a relevat rolul deosebit al acestei abordări pentru organizarea şi funcţionalitatea informaţiei deţinute de elevi şi pentru îmbogăţirea repertoriului operaţional. Dr. Montessori în „Secretul copilăriei" scria: „ordinea din mediu îl ajută pe copil să-şi organizeze procesul de gândire; plăcerea constă în a găsi lucrurile la locul lor". Organizarea mediului, prin materialele pe care le-a conceput, fac parte din "cele necesare pentru dezvoltarea copilului şi, dacă am făcut acest lucru, trebuie să aşteptăm cu respect această dezvoltare". Unul din scopurile fundamentale ale educaţiei, „a învăţa să gândeşti", conştientizat în profunzimea sa, schimbă mult demersul pedagogic tradiţional, trimiţând la operaţiile mult mai simple cu care începe construcţia intelectuală, presupunând în primul rând organizarea logică a conţinutului cu care intră în contact copilul, detaşarea schemelor de acţiune. Rand Y. Hoffmann şi Feuerstein R., pornind de la abordarea operaţiei gândirii drept comportament interiorizat sau exteriorizat, elaborat pe baza configuraţiilor interne *sau* externe ale stimulilor, au evidenţiat că orice obiect de învăţământ, orice conţinut vehiculat în procesul de predare-învăţare trebuie să aibă o astfel de „configuraţie internă" încât să permită îmbogăţirea repertoriului comportamental. Obiectul de învăţământ şi procesul de învăţământ, prin modul de structurare a informaţiei, trebuie să evidenţieze operaţiile cognitive cerute de actul mental. Iar actul mental este analizat în conformitate cu strategia sau regulile cu ajutorul cărora informaţia este organizată, transformată, manipulată şi reprezentată pentru ca să dea naştere la o informaţie nouă. R. Feuerstein a lansat (inclusiv în ţara noastră, după 1990) un program de îmbogăţire instrumentală „bazat pe folosirea sistematică a funcţiilor premergătoare operaţiilor cognitive". *Îmbogăţirea instrumentală* implică operaţii cognitive care sunt considerate componente ale funcţiei cognitive la nivelul său aplicativ. Fiecare instrument vizează o funcţie cognitivă specifică, dar se adresează, eventual, şi altor funcţii. Programul îşi propune obiective ce ţin de modificarea structurii cognitive a copilului cu performanţe de nivel scăzut, prin expunere la o anumită experienţă aplicată intensiv, sistematic, specific, prin remedieri şi reluări ale dezvoltării funcţiilor cognitive deficitare. Se porneşte de la antrenarea unor operatori la nivel perceptiv-motric, fără un conţinut verbal. Pe această bază se trece la module de îmbogăţire instrumentală la nivelul unor conţinuturi specifice, de o anumită complexitate, cu dezvoltarea antrenării unor microoperaţii şi operaţii ale gândirii. Reuven Feuerstein, originar din România, a organizat cursuri pentru cadrele didactice din şcolile speciale, în anii 90 şi a predat teoria sa privind modificabilitatea

structurală. A pus la dispoziția cursanților suporturi de curs (traduse de dna lector I. Manolache) și fișe din Programul de îmbogățire instrumentală. Fișele sunt elaborate respectând principiul: maximum de training operațional, cu utilizarea unor informații minimale și accesibile elevilor. Un set de fișe propune exerciții, deopotrivă de educație perceptivă și cognitivă solicitând elevilor să identifice și să completeze figuri geometrice în imagini succesive, care cuprind sisteme de puncte din ce în ce mai complicate. Alt set de fișe propune imagini pentru stabilirea de asemănări, deosebiri ș.a.

Două cercetări importante privind învățarea perceptivă, dezvoltarea laturii operaționale a gândirii la copiii cu deficiență mintală s-au desfășurat în anii 1994-1996 (coordonator prof.univ. dr. Emil Verza, autori Ionel Mușu și Verginia Crețu), în cadrul Institutului Național de Recuperare a Persoanelor cu handicap (azi Institutul Național pentru Prevenirea și Combaterea Excluziunii Sociale a Persoanelor cu Handicap). Cercetarea „Formarea microoperațiilor gândirii/operatorilor logici la elevii cu deficiență mintală" a adus următoarele contribuții: a sintetizat date privind importanța antrenării microoperațiilor gândirii pentru rezolvarea, de către elevii școlilor speciale (ajutătoare) a problemelor specifice, propuse prin diferite discipline de învățământ; a demonstrat necesitatea antrenării microoperațiilor gândirii printr-un conținut informațional procesat la nivel acțional, iconic și verbal; a precizat, pe bază de cercetare constatativă, corelațiile existente între gradul deficienței mintale și nivelul dezvoltării microoperațiilor gândirii precum și corelația între dezvoltarea unei operații, precum comparația, și anumite microoperații premergătoare. Rezultate ale cercetării au fost publicate în revista Institutului „Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap". Cercetarea „Rolul procesării conținutului lecției la nivel acțional, iconic și verbal pentru dezvoltarea gândirii elevului cu deficiență mintală. Constatări și soluții ameliorative", demarată în anul școlar 2006-2007, prin Departamentul pentru Învățământ Superior și Cercetare Științifică Humanitas – România și-a propus reluarea / continuarea cercetărilor privind dezvoltarea proceselor psihice la copiii cu deficiență mintală și îndeosebi a microoperațiilor gândirii, în condițiile unei noi configurații a populației școlare în învățământul special (absența elevilor cu intelect de limită / falsă debilitate mintală sau prezența lor în număr nesemnificativ în școlile speciale) și a unui nou plan de învățământ. Rezultatele au fost publicate în Revista de psihopedagogie, editată de Departamentul pentru Învățământ Superior și Cercetare Științifică Humanitas – România și Catedra de Psihopedagogie specială a Facultății de Psihologie și Stiințele Educației a Universității din București.

Termenul de ***microoperație a gândirii*** sau de ***operator logic*** permite relevarea treptelor de complicare a conduitei în relația directă cu complicarea acțiunilor concrete ale copilului, organizate prin influența mediului, dar mai ales, prin educație, prin procesul de predare-învățare. În matematică, operatorii sunt semne ce indică operația de îndeplinit, iar în psihologie operatorul logic reprezintă modelul sau schema funcțională prin care se efectuează o anumită operație (P. Popescu-Neveanu,1978 pag. 498). Termenul de *logic* se asociază celui de operator pentru a desemna ceea ce semnifică în vorbirea comună: întemeiat, rațional, corect, și în conformitate cu legile logicii. Operațiile de analiză, sinteză, comparație, abstractizare, generalizare și concretizare au la bază scheme funcționale care permit constituirea lor. Pentru pedagogie, termenul de operator logic este funcțional, pentru a face distincția între

planul exterior al organizării realităţii şi al materiei de predat, pentru a scoate în evidenţă o structură şi un potenţial de antrenare a operaţiilor gândirii şi a schemelor de acţiune, *operaţii interioare* care se formează în timp. Când spun *operatori logici,* psihologii se gândesc la similitudini, sortări simple, trieri, grupări, asocieri, clasificări şi preclasificări, scrieri-ordonări, conservare a materiei, comparare şi apreciere globală, corespondenţă termen cu termen, intersecţie de clase, incluziune, tranzitivitate, reversibilitate, transformări ş.a. Chiar dacă copilul cu handicap mintal nu ajunge să stăpânească marile operaţii ale gândirii, nu ajunge să generalizeze şi să abstractizeze , să rezolve probleme algebrice ş. a., prin educaţie şi suport specific, gândirea unor categorii de copii poate depăşi faza preoperaţională şi atinge nivelul gândirii concret-operatorii, tocmai prin antrenarea sistematică, în şi prin activitate, a microoperaţiilor gândirii.

Identificarea este operaţia logică de recunoaştere a unui conţinut general într-un fapt particular sau de stabilire a unor coincidenţe de structură ; în teoria modernă a percepţiei, identificarea denumeşte cea de a treia fază a procesului memoriei, echivalentă cu recunoaşterea. Alături de identificare, la copilul cu handicap de intelect este importantă stabilirea identităţii între un element din natură şi transpunerea lui într-o imagine, desen. Exerciţiile de potrivire a unui obiect cu imaginea sa, cu umbra sunt necesare în educaţia copilului cu polihandicap.

Serierea constă în ordonarea crescătoare şi descrescătoare a elementelor unei colecţii, după o anumită însuşire dimensională sau de poziţie. Fiecare obiect este coordonat cu celălalt sub raportul unei singure însuşiri (de exemplu, mărime sau succesiune în timp).

Gruparea este acţiunea de grupare şi rezultatul ei, realizarea grupelor – ansamblul de obiecte, animale, plante, piese de acelaşi fel aflate laolaltă, reunite pe baza caracteristicilor funcţionale şi alcătuind un tot; stabilirea părţii şi întregului.

Trierea presupune delimitarea, scoaterea dintr-o categorie a ceea ce nu se potriveşte sau a ceea ce prezintă o anumită caracteristică.

Corespondenţele indică un raport, legătură între lucruri, fenomene, organe, părţi ale unui întreg care se potrivesc între ele. În natură există corespondenţe de tipul planta care se înmulţeşte prin polenizare, albina care vizitează planta pentru polen. În matematică, corespondenţa indică relaţia dintre două mulţimi, conform căreia fiecare element al unei mulţimi este pus în legătură cu unul sau mai multe elemente din cealaltă mulţime. Corespondenţa termen cu termen între elementele a două mulţimi, în primul concentru, este esenţială pentru însuşirea numărului / raportului mulţime-număr-cifră. Punerea în corespondenţă stă la baza serierii, apoi a ordonării în serie crescătoare (de la 1 la 10 şi descrescătoare), a adunării şi scăderii. În vorbire şi în studiul gramaticii, elevul trebuie să efectueze corespondenţa timpurilor, raportul de timp între predicatul unei propoziţii subordonate şi predicatul regentei.

Comparaţia (în latină comparatio = analogie, raport, confruntare, poziţie relativă a mai multor obiecte) este o operaţie a gândirii prin care, punându-se în legătură două sau mai multe obiecte, fenomene, procese, se face o analiză spre a stabili asemănări şi deosebiri, caracteristici comune şi aspecte diferite, niveluri şi proporţii în trecut şi prezent, urmând ca deliberarea să sfârşească printr-o concluzie, privind raportul dintre ele. Comparaţia se realizează pe baza unui criteriu. Elementele realităţii sunt supuse unei

analize comparative, prin acţiuni ale subiectului, în vederea abstractizării şi generalizării elementului comun. Stabilirea separată a asemănărilor, deosebirilor şi identităţilor dintre două obiecte reprezintă microoperaţii, care antrenate, puse în funcţiune, conduc la comparaţia completă.

Clasificarea este procesul de stabilire a claselor de obiecte şi acţiuni sau de concepte, bazată pe anumite criterii de esenţialitate, apartenenţă la genuri etc. Clasificarea rezultă dintr-un proces sistemic de comparaţie. După Jean Piaget este o activitate permanentă a gândirii. Prin activitatea care conduce la clasificare se realizează integrări la diverse niveluri: diferenţieri înăuntrul unei mulţimi (de exemplu animale), prin gruparea de submulţimi (animale domestice şi animale sălbatice) ce se definesc în calitate de clase, întrucât sunt disjuncte după criteriul ales. Elevul clasifică atunci când subsumează un element unui grup sau altul în funcţie de un criteriu dat sau când, dându-i-se o configuraţie intuitivă, o mulţime, le grupează în funcţie de un criteriu (stabilit în mod ştiinţific). Clasificarea desemnează atât acţiunea de a clasifica şi rezultatul ei, dar şi procesul mental ce conduce acţiunea. Forma superioară a clasificării este cea sistematică, bazată pe ierarhiile şi submulţimile stabilite de o anumită ştiinţă.

Transpoziţia desemnează, în mod obişnuit, acţiunea de întruchipare a unui personaj şi de modelare a rolului. Acţiunea de transpoziţie, cu acest sens, este utilizată în educaţia specială pentru formarea unor corespondenţe între comportament şi situaţie, context dat (la piaţă, la magazin, de ziua onomastică) ; în compuneri se utilizează de asemenea transpoziţii. Transpoziţia este definită drept transpunerea, dintr-un sistem original, într-altul nou, a unui ansamblu de relaţii sau a unei structuri . În predarea aritmeticii este esenţială transpoziţia mulţime-număr-cifră.

Conservarea este operaţia de păstrare a unui invariant de substanţă, masă, volum, clasă, număr, indiferent de anumite modificări sau puncte de vedere. Conservarea este legată de transpoziţie. Prin conservarea proprietăţilor invariante, în cazul transpoziţiei şi transformărilor, se evită erorile din activitatea intelectuală. Exemple de astfel de erori: copilul apreciază că este mai puţină apă dacă a fost turnată într-o eprubetă lungă şi subţire sau că o legătură de lână, în echilibru, pe cântar, cu o bucăţică de plumb, cântăreşte mai mult.

Incluziunea presupune cuprindere, înglobare, dar şi proprietate care constă în faptul că, orice element al unei mulţimi date aparţine şi altei mulţimi. O vacă aparţine mulţimii mamiferelor, animalelor domestice, cornutelor, ierbivorelor, celor de culoare roşcată sau albă, după caz etc. Un om aparţine unei familii, unei comunităţi, unei naţiuni.

Intersecţia vizează totalitatea elementelor comune a două mulţimi. La intersecţia între mulţimea plantelor folositoare si mulţimea plantelor sălbatice se află plantele medicinale din flora spontană. Ele aparţin ambelor mulţimi. În concepţia lui Z. Dienes şi E. Fischbein conştientizarea apartenenţei unor elemente la două mulţimi care se intersectează constituie un moment crucial în dezvoltarea gândirii şcolarului mic. Trusa didactică Dienes antrenează treptat acest operator bazat pe identificarea figurilor geometrice, gruparea lor separată sau după alţi indicatori (de exemplu, culoarea, mărimea). Trusa conţine figuri geometrice, precum cercul, pătratul, triunghiul, dreptunghiul ; fiecare figură geometrică este în trei exemplare : mică, mijlocie,

mare ; o figură geometrică de o anumită mărime este în mai multe exemplare colorate diferit : roşu, albastru, alb, galben…O anumită figură geometrică din trusă aparţine mulţimii cercurilor, dar şi mulţimii de mărime mijlocie, precum şi celei de culoare albă.

Corelaţia este relaţia de interdependenţă între doi termeni, exprimată fie în faptul că unul nu poate exista fără celălalt, fie că modificarea unuia antrenează modificări ale celuilalt. Corelaţiile însuşite de elev devin idei-ancoră în structurarea unui larg câmp de cunoştinţe.

Aprecierea este acţiunea de a aprecia şi rezultatul ei: a preţui pe cineva sau ceva pentru calităţile lui. Aprecierea este determinantă pentru formarea noţiunilor morale la copilul cu handicap mintal şi pentru atitudinea subiectului în funcţie de dihotomiile moral-imoral (bun-rău etc.).

Tranzitivitatea este proprietatea unor relaţii logice sau matematice constând în faptul că relaţia respectivă se transmite, prin termenii intermediari, între primul şi ultimul termen ordonaţi pe baza acestei relaţii. Sesizarea promptă a unor relaţii între doi termeni prin surprinderea raporturilor de tranzitivitate are un rol deosebit pentru orientarea în lumea apropiată a copilului cu handicap mintal (Ionel este frate cu Maria, Maria este soră cu Ilie, Ionel este frate cu Ilie), pentru operaţii matematice ($R = Y$, $Y = Z$, $R = Z$) ş.a.

Asociativitatea este proprietatea unei operaţii matematice de a fi asociativă, de a conduce la acelaşi rezultat, indiferent cum au fost grupate elementele unui grup ordonat.

Comutativitatea este proprietatea unei relaţii sau operaţii matematice de a fi independentă de ordinea elementelor pe care le conţine. În clasa I, alături de corespondenţă şi seriere, surprinderea comutativităţii este esenţială pentru însuşirea adunării nu ca o deprindere, ci ca o operaţie interiorizată, cu înţeles. Sunt numeroase cazuri în care copilul adună automat $n+0$, $n+1$, $4+1$, $5+1$, dar nu mai răspunde la cererea de a adăuga la un măr 4 mere şi de a avea rezultatul.

Şi microoperaţiile gândirii sunt dotate cu reversibilitate. *Reversibilitatea* reprezintă capacitatea mintală de a executa o acţiune în ambele sensuri. Reversibilitatea operaţiilor sau grupărilor de operaţii le deosebeşte de deprinderi. Unele obiecte de învăţământ permit evidenţierea reversibilităţii existente în natură (unele transformări se pot produce atât într-un sens cât şi în sens invers, fenomenul trecând succesiv prin aceleaşi stări pentru a ajunge la starea iniţială).

Dacă microoperaţiile gândirii sunt formate, atunci copilul are posibilitatea ca, pe un material dat, să execute diferite acţiuni, rezolvând anumite probleme date de educator: de a stabili similitudini, de a grupa anumite elemente, de a le clasifica, de a seria în ordine crescătoare sau descrescătoare, logică sau temporală, de a stabili identitatea masei indiferent de forma în care se prezintă, de a compara, de a stabili asemănări şi deosebiri, de a stabili corespondenţe în plan practic şi mintal între elemente legate şi în natură între ele, de a include elemente în structura corespunzătoare şi invers, stabilind consecinţele, de a transforma o realitate pentru a da alta bine stabilită etc. Copilul cu deficienţă mintală ajunge la acest stadiu, atunci când acţiunea educativă este orientată spre formarea operatorilor logici, printr-o structurare a conţinutului educativ, care reflectă relaţiile dintre elemente existente în

natură şi organizarea acţiunilor concrete ale copilului. Toţi aceşti operatori logici, în planul pedagogic al acţiunii educaţionale, vor permite, conform sensului originar al termenului operatio-operationis, deprinderea regulilor după care un copil va efectua acţiunile curente de efectuare a ordonării, de comparare, clasificare, deprindere a conservării, acţiuni ce condiţionează construirea operaţiilor mintale.

Importanţa activităţii elevului în învăţarea cognitivă. Trecerea de la nivelul acţional la cel iconic şi la cel verbal - condiţie a învăţării cognitive în cazul elevilor cu handicap mintal

Învăţarea decurge ca un proces desfăşurat în timp, ca activitate, care aparţine numai celui care învaţă. Psihologia contemporană demonstrează că, prin excelenţă, activitatea este modul de existenţă a psihicului uman, condiţia echilibrării şi existenţei individului în lume. Omul nu există decât în şi prin activitate; el nu numai reacţionează, ci şi acţionează în raport cu finalităţi, stabilite conştient de el însuşi, care ţin seamă, de mai mulţi factori, inclusiv de cei identificaţi în viitor. Recuperarea persoanei cu handicap nu se poate realiza, decât prin planificarea activităţilor (de învăţare, joc, psihoterapie ş.a.), demonstrează prof.univ. Emil Verza (1988). Activitate, acţiuni şi operaţii sunt concepte fundamentale în psihologia contemporană. Acţiunile sunt modalităţi specifice de interacţiune ale subiectului care cunoaşte şi valorizează, dar şi unităţi de conduită cu o latură orientativă şi executorie (efectorie). Operaţiile reprezintă procesele specifice de prescurtare, generalizare şi fixare, pe plan mintal, a invarianţilor şi schemelor de acţiune. Operaţiile gândirii sunt, în realitate, interiorizări ale acţiunilor exterioare. Toate procesele psihice, nu numai gândirea, presupun activitatea reală a subiectului epistemic. Produs al percepţiei, perceptul nu este rezultatul acţiunii pasive a stimulilor, ci un produs generat şi de implicarea activă a subiecţilor, un construct influenţat de selectarea şi structurarea datelor realităţii, în funcţie de experienţa anterioară, trebuinţele şi interesele umane. Interiorizarea schemelor pe care subiectul le utilizează în acţiunea sa, asupra realităţii reprezintă singura cale pentru dezvoltarea gândirii. Chiar dacă copilul cu handicap mintal nu ajunge să stăpânească marile operaţii ale gândirii, prin educaţie şi suport specific, gândirea unor copii poate depăşi faza preoperaţională şi poate atinge nivelul gândirii concret-operatorii. Microoperaţiile gândirii, prezentate mai sus, pot fi formate, asigurând, prin excelenţă, adaptarea la condiţiile existenţiale cotidiene.

Cercetările de psihologie genetică ale lui Jean Piaget dovedesc că relaţiile între operaţiile efective şi operaţiile mintale sunt mult mai strânse decât s-ar putea crede numai pe baza analizei conduitei adulte. Operaţiile mintale pot fi înţelese ca nişte forme interiorizate ale operaţiilor concrete. Imaginea, contactul cu lumea constituie o condiţie necesară dar nu suficientă pentru dezvoltarea psihică a copilului; însăşi intuiţia în numeroase domenii este esenţialmente activă. Acţiunile sunt fundamentale pentru dezvoltarea gândirii ca instrument al adaptării. Jean Piaget a demonstrat experimental, ceea ce a evidenţiat John Dewey, pe baza ideilor operaţionalismului fizic, care demonstra că noţiunea de lungime nu reprezintă nimic altceva decât grupul de operaţii prin care este determinată lungimea. „Pentru a găsi lungimea unui obiect trebuie să executăm anumite operaţii fizice. Noţiunea de lungime este determinantă atunci când sunt determinate

operaţiile prin care lungimea este măsurată". Fiecare cunoştinţă, informaţie specifică are în spatele ei şi este acoperită de o mulţime de operaţii: de a pune din aproape în aproape anumite elemente, de a le pune într-o succesiune definită, de a suprapune, de a strânge sau a desfăşura, de a îndoi, de a desdoi, de a mări, de a micşora, de a stabili asemănări, deosebiri, de a detaşa elemente identice, de a afirma echivalenţa a două grupuri în configuraţii perceptive diferite etc. Orice operaţie se compune din operaţii parţiale, coordonate continuu unele cu altele şi constituie, cu alte operaţii, sisteme de ansamblu coerente şi solide. Activităţile reale de stabilire a asemănărilor, deosebirilor, similitudinilor, identităţilor, de grupare, triere, punere în corespondenţă, de aşezare în ordine crescătoare, descrescătoare, de îndoire şi revenire la starea iniţială, de mărire sau micşorare, de transformare, reprezintă baza pentru realizarea ordinii în multiplicitatea datelor exorbitante ale realităţii, pentru realizarea scopurilor activităţii umane, dar şi pentru dezvoltarea gândirii. Un copil care a fost învăţat să stabilească asemănări şi deosebiri între două fructe (pară, măr) sau între două păsări domestice (raţă, găină), va interioriza schemele de acţiune folosite (stabileşte asemănări şi deosebiri prin contrapunerea fiecărei părţi a corpului, făcând referire la forme, culoare, mărime, aspecte deosebite etc.) şi le va folosi, în situaţii cu totul noi, pentru a compara elementele cu care nu au mai fost în contact. Structurarea schemelor de acţiune, ca elemente fundamentale ale gândirii, se produce la trei niveluri, conform teoriei instruirii a lui J. Bruner: nivelul acţiunii, nivelul reprezentării, care se bazează pe o organizare vizuală şi pe folosirea de imagini schematice, şi nivelul reprezentării prin cuvinte, prin limbaj. Acestea sunt, de fapt, cele trei sisteme de prelucrare şi reprezentare a informaţiilor: acţional (prin manipulare şi acţiuni directe cu obiectele), iconic (prin organizare perceptuală şi imagistică) şi verbal (prin mecanismul simbolizării). Date fiind, pe de o parte, valoarea perenă a principiului intuiţiei pentru asigurarea eficienţei procesului de învăţământ, iar, pe de altă parte, stadiul gândirii concret-operatorii spre care se îndreaptă şi la care rămân elevii cu deficienţă mintală, asigurarea succesiunii celor trei niveluri de structurare a informaţiei este necesară. Astfel, se asigură antrenarea operatorilor logici într-un context corespunzător profilului psihologic al vârstei şi al copilului debil mintal şi se crează treptele necesare interiorizării acţiunilor concrete.

Cadrul didactic, cunoscând valoarea acestor planuri, ca sisteme de organizare a informaţiei, trebuie să antreneze fiecare operator logic atât la nivel acţional, cât şi iconic, şi apoi să treacă în plan verbal. Pentru educaţia specială este deosebit de importantă menţinerea planului acţional şi al celui iconic, pentru a împiedica regresul la etape anterioare ale dezvoltării (potrivit principiului vâscozităţii genetice), pentru a conştientiza, în situaţii relativ noi, aparatul logic sau operaţia gândirii. În activitatea la clasă este necesară diversificarea gamei de mijloace de învăţământ, pentru antrenarea operatorilor logici la nivel acţional şi imagistic; numai pe această bază se poate face trecerea de la operare la nivel verbal, cu menţinerea unor „ancore" în plan acţional şi iconic. Insuşirea raportului mulţime-număr-cifră, de către elevul cu deficienţă mintală şi executarea operaţiilor aritmetice nu este posibilă, fără acest demers specific. Executarea în plan acţional a măririi cu o unitate a mulţimii bilelor şi a mulţimii fluturaşilor, obţinerea aceluiaşi număr în ambele cazuri, conştientizarea identităţii rezultatului în cazul măririi şi micşorării unor mulţimi identice cu aceeaşi unitate (o pară cu o pară fac două

pere, un iepuraş lângă un iepuraş fac doi iepuraşi, o cană lângă o cană fac două căni, unu lângă unu, orice ar fi, fac doi) determină creşterea capacităţii de a utiliza algoritmii şi deprinderile de numărare şi de adunare formate în plan verbal. De asemenea, compunerea şi descompunerea mulţimilor, în plan acţional, trebuie să se menţină în clasele mai mari. Şi în gimnaziu, planul verbal, în cazul elevilor cu handicap mintal, trebuie să menţină legătura cu planul acţional şi cu cel iconic, prin reprezentările pe care le antrenează.

Anumite teme, special concepute, pot contribui, pe baza unui suport intuitiv, accesibil şi atractiv, la conştientizarea conservării greutăţii şi a reversibilităţii, precum şi a esenţialului operaţiei de cântărire (compararea, unui obiect de o greutate necunoscută cu greutăţi-etalon cunoscute). Astfel, se poate propune textul: "Un brutar cumpără unt de la un ţăran, de două ori pe săptămână. Într-o zi, i se păru că bucăţile de unt ar fi mai mici ca de obicei ; le cântări şi găsi că îi lipsesc mai multe grame ; îl pârî pe fermier la judecător, pentru înşelăciune. Judecătorul îl întrebă cu ce fel de greutăţi cântăreşte untul. Ţăranul răspunse că nu are greutăţi, dar cumpără pâine, de la brutar. Brutarul îl asigură că pâinea are fix 1/2 kg şi de aceea îşi cântăreşte untul punând pe un taler pâinea. Judecătorul s-a gândit şi apoi l-a mustrat pe brutar care, vrând să-l înşele pe altul, s-a înşelat pe sine". Demersul pentru desprinderea concluziei, prin efortul propriu al copilului, poate începe în plan acţional, prin efectuarea unei operaţii de cântărire, cu ajutorul unei greutăţi - etalon de 1/2 kg. Apoi, se înlocuieşte greutatea-standard cu o pâine, cântărită în prealabil. La rândul ei, pâinea devine etalon.

În trecerea la antrenarea operatorilor logici în plan verbal trebuie să se ţină cont de valoarea limbajului, nu numai în realizarea comunicării, ci şi ca instrument de ordonare a mediului, de evidenţiere a ceea ce este comun, general, esenţial. Se cer mobilizate resursele didactice pentru a evita situaţii de tipul: termenii integratori se însuşesc numai în calitate de clişee verbale, fără acoperire suficientă în cunoaşterea elementelor din sfera noţiunii; restrângerea conţinutului unor noţiuni (termenul de plante folositoare se referă numai la legume; termenul de animal numai la mamifere); absenţa termenilor integratori care permit ordonarea realităţii (plante necultivate folositoare, plante necultivate dăunătoare).

Probleme de reflecţie pentru didactica educaţiei speciale

Importanţa operatorilor logici pentru construcţia intelectuală duce la concluzia că orice conţinut care se prezintă copilului prin actul educativ trebuie să fie un model de depozitare, de structurare a informaţiei pentru regăsirea ei ulterioară cu uşurinţă. Este importantă organizarea contactului cu realitatea, conform unor anumite modele sau scheme funcţionale, în vederea antrenării microoperaţiilor gândirii la elevii cu handicap mintal. Asimilarea mediului după o schemă internă nu este posibilă fără antrenarea operatorilor logici care permit tratarea, „procesarea" sarcinilor intelectuale după o structură logică implicită. Operatorii logici, prin utilizarea şi interiorizarea lor de către copil, se interpun între realitate cu structurile sale specifice şi viitoarele operaţii, structuri de ansamblu dotate cu reversibilitate ce se vor forma şi interioriza în timp.

Marea problemă a cunoaşterii este crearea unităţii relative în multiplicitatea exorbitantă a datelor realităţii şi elaborarea de forme categoriale diferite. Psihologia contemporană este unanimă în recunoşterea adevărului potrivit căruia, gândirea se organizează adaptându-se la lucruri şi, adaptându-se, se structurează ea însăşi. Jean Piaget a demonstrat că principalele categorii de care se foloseşte inteligenţa, pentru a se adapta la lumea exterioară, corespund fiecare unui anumit aspect al realităţii, aşa cum fiecare organ al corpului este în legătură cu un caracter special al mediului. În realitatea naturală si socială există structuri, ierarhii, relaţii, însuşiri (ce se aseamănă, sau se deosebesc). Conştientizarea lor poate prefigura anumiţi operatori. De exemplu, în natură există asociaţii de tipul : grup de plante formate din mai multe specii caracteristice şi un anumit mediu de viaţă. Când s-a descoperit legătura între un anumit mediu de viaţă şi anumite specii caracteristice de plante, oamenii de ştiinţă au ajuns, prin abstractizare şi generalizare, la conceptul de ecosistem. Reflectarea pe plan mental a unor asociaţii naturale, ecosisteme duce la formarea reprezentărilor, dar şi a asociaţiilor în plan psihic, dintre un mediu geografic şi reprezentarea plantelor sau animalelor specifice acestuia. Dar, între realitatea ecosistemului şi asociaţia mintală, din punctul de vedere al dezvoltării copilului, este un drum lung de parcurs, jalonat de formarea unor operatori cum sunt: identificarea plantelor şi animalelor din zona respectivă, stabilirea asemănărilor şi deosebirilor dintre ele şi compararea cu plante şi animale din alte zone, stabilirea însuşirilor comune mediului de viaţă respectiv, stabilirea de corespondenţe între anumite însuşiri (labele de gâscă, raţă, broască), mediul de viaţă, funcţiile de relaţie ş.a. Jerome Bruner arăta că, dacă există vreun mod de adaptare la transformările mediului, el trebuie să includă şi dezvoltarea unui metalimbaj şi a unor metapriceperi care să ofere formele şi modelele cu ajutorul cărora să înţelegem regularităţile din natură. În natură putem descoperi similitudini, serieri în ordine crescătoare sau descrescătoare, succesiuni temporale sau logice; diferite aspecte, fenomene se grupează, sunt legate solidar prin elemente comune (care devin criterii de clasificare), se aseamănă sau se deosebesc, sunt identice, se transformă, sunt reversibile etc. Sub pojghiţa de diversitate şi transformare există asemănări constante. Copilul, în general, cel cu handicap mintal în special, are nevoie de o ordonare perfectă a diversităţii pentru a deprinde schemele de acţionare, operaţii care ulterior să devină, prin interiorizare, un bun al său. Posibilitatea de regăsire a informaţiei în situaţii oarecum schimbate, existenţa transferului specific şi nespecific sunt indispensabile pentru un copil cu handicap mintal, pentru ca el să dobândească o anume autonomie; iar pentru aceasta, în primul rând, trebuie să conştientizeze ordinea din mediul cu care vine în contact, prin modul de organizare a conţinutului învăţământului, prin metodele şi mijloacele utilizate.

În educaţia specială, date fiind particularităţile elevului cu handicap mintal, poate fi organizată realitatea cu care elevii vin în contact, pentru a pune în evidenţă următorii operatori logici: similitudini, sortări şi trieri, grupări - asocieri, clasificări şi preclasificări, serieri-ordonări în serie crescătoare şi descrescătoare, apreciere globală şi comparare, corespondenţă termen cu termen, intersecţie de clase, incluziune, tranzitivitate, reversibilitate, transformare, identificare. Unii operatori au o pondere deosebită în predarea anumitor discipline. Ignorarea organizării realităţii sau

materialului didactic, după anumite scheme logice, împiedică trecerea la acomodare, depăşirea informaţiei sau clişeelor verbale. Astfel, predarea aritmeticii este de neconceput fără ordonări în serie crescătoare şi descrescătoare, de corespondenţe termen cu termen, de similitudini. Rezultatele cercetării psihologice constatative privind locul pe care-l deţin operatorii logici în construcţia intelectuală pot fi valorificate în educaţia şcolară. Cercetarea pedagogică poate defrişa toate consecinţele ce decurg din acest loc deosebit al operatorilor şi să elaboreze strategii subiacente diferitelor discipline de învăţământ, adecvate fiecărui elev, luând în considerare datele psihologiei contemporane, prin care se efectuează o anumită operaţie. Operatorii pot ierarhiza acţiunile transformative ce se aplică asupra obiectelor, aruncând „ancore" spre integrarea lor în structuri de ansamblu dotate cu reversibilitate. Revine celor ce elaborează curriculumul să propună obiective orientate spre antrenarea operatorilor logici, precum şi un conţinut informaţional adecvat; iar cadrele didactice să preia sarcina de procesare a informaţiei, astfel încât suporturile concrete utilizate pentru desfăşurarea procesului de predare-învăţare să conţină scheme de antrenare a tuturor microoperaţiilor gândirii.

Şcoala activă a scos în evidenţă relaţia dintre activitatea copilului şi operaţiile mintale, dar în practică a pus accentul, mai ales pe oferirea de exemple concrete de însuşiri esenţiale pentru deprinderea semnificaţiei noţiunilor, decât pe acţiunile de deprindere a acestor însuşiri esenţiale, prin utilizarea operatorilor logici. Pedagogia contemporană a stabilit corect, drept obiectiv fundamental, că „elevul trebuie învăţat să înveţe". Dar, conştientizând această finalitate, ca şi adevărul că dezvoltarea mintală nu e un fenomen simplu, de acumulare, nu a evidenţiat pe deplin suportul concret oferit de disciplinele de învăţământ, treptele ce le urcă copilul în complicarea acţiunilor sale; concret, ce operatori logici va dezvolta şi care sunt eforturile îndreptate în acest sens. Ştiind că unele din capacităţi trebuie să se maturizeze şi să fie cultivate înainte ca altele să ia fiinţă, nu a subliniat decât în unele cazuri, ce capacităţi se cer dezvoltate cu precădere, prin conţinutul specific al unei anumite discipline de învăţământ, nu a efectuat un inventar clar al influenţelor educative care favorizează formarea capacităţilor intelectuale, pe temeiul ştiinţific al psihologiei genetice. Aprofundarea efectuată de şcoala piagetiană a raportului asimilare - acomodare în construcţia intelectuală creează perspective nebănuite pentru instituirea caracterului formativ al procesului de predare-învăţare în sensul dorit de clasicii pedagogiei, pentru maxima dezvoltare a capacităţilor intelectuale, în lumina idealului educaţional formulat de Platon: „educaţia este calea regală, menită a da trupului şi sufletului fiecăruia, întreaga perfecţiune de care sunt capabile".

Se ştie că, elevul cu handicap mintal se îndreaptă, în ritmul său propriu, spre stadiile inteligenţei operatorii. Ştiind cum apar operaţiile cu suport concret-intuitiv este necesară crearea condiţiilor pentru declanşarea procesului de trecere de la organizarea imaginilor primare la valorizarea senzorialului, prin detaşarea unor scheme constante ce se implică în reflectarea selectivă a esenţialului şi apoi la nivelul treptelor intermediare operaţional-concrete (Piaget, J., Inhelder, B., 1964). Marea problemă a didacticii contemporane este de a transfera datele psihologiei şi ştiinţelor educaţiei în actele cotidiene, obişnuite, ale procesului de predare-învăţare. Apare întrebarea: ce trepte intermediare, în drumul spre construirea operaţiilor intelectuale, se cer instituite la o

anumită clasă, la un anumit obiect de învăţământ, în anumite condiţii, pentru ca un anumit elev, cu un anumit tablou al manifestărilor intelectuale, să-şi dezvolte capacităţile pe care le poate avea la momentul respectiv? Învăţământul contemporan, în ansamblul său, are, clar, şi valenţe formative, atunci când se renunţă la superioritatea laturii informative şi se găsesc diferite căi de activizare a elevilor. Unele programe evidenţiază şi operatorii logici ce se cer antrenaţi. Dar, în cazul copilului cu handicap mintal activităţile didactice trebuie să ţină cont că, „procesul de enculturaţie", de preluare spontană a unor modele, de interiorizare a unor structuri, practic nu există. De aceea dascălul care lucrează cu o clasă trebuie să-şi pună imperios diferite întrebări şi să le traducă în acţiuni didactice. Care este eficienţa în momentul X, a formării operatorului de a face corespondenţe termen cu termen la elevul Z ? Cum poate continua acţiunea de formare a acestui operator şi la alte discipline ? Cum colaborează şi cu alţi factori educativi pentru formarea operatorilor logici ? Se produc întreruperi în acţiunea de consolidare a unui operator format în clasele anterioare ? Cum pot remedia această situaţie ? Complexitatea procesului de formare a operatorilor logici relevată de psihologie trebuie să se traducă într-un demers pedagogic tot atât de complex. Acest demers depinde de educator care trebuie să fie convins că numai o acţiune concentrată, evidenţiind fiecare operator, asigură îmbogăţirea instrumentală bazată pe folosirea sistematică a funcţiilor premergătoare operaţiilor cognitive. Configuraţiile interne sau externe ale stimulilor şi activităţile propuse în procesul de predare-învăţare se reflectă în comportamentul interiorizat sau exteriorizat al subiectului şi determină, în ultimă instanţă, modificabilitatea cognitivă structurală.

Urmărirea formării operatorilor logici în educaţia specială, la diferite discipline de învăţământ determină schimbări de accent la nivelul întregului proces de învăţământ, vizând obiectivele generale, operaţionale, modalităţile de selectare a conţinutului învăţământului, inclusiv prin programe şi manuale, tehnologia didactică, formele de organizare ale mediului instructiv şi a procesului de învăţământ, metodele, procedeele şi mijloacele de învăţământ, elaborarea instrumentelor de evaluare. Cadrele didactice au nevoie de instrumente concrete de lucru pentru elevi, orientate spre antrenarea operatorilor logici. Ştiind că elevul cu handicap mintal nu poate depăşi stadiul gândirii concret-operatorii apar întrebările: Ce operatori logici se pot forma, interioriza în mod real? În ce condiţii ? În ce situaţii trebuie să ne mulţumim numai cu o conştientizare de către elevii noştri a unei organizări, structurări a realităţii, de care trebuie să ţină cont ?

În lumina conceptului şi programului de „îmbogăţire instrumentală" şi al importanţei antrenării operaţiilor şi microoperaţiilor gândirii, conţinutul curricular ar trebui ales nu numai în virtutea specificului său, ci mai ales datorită faptului că anumite caracteristici ale sale permit achiziţia de mecanisme prealabile ale gândirii. Gheorghe Iosif (1993) releva că activitatea observabilă este mediată de o activitate mentală neobservabilă, ce poate fi caracterizată cu ajutorul conceptelor psihologice: reprezentări, model intern sau mental, model cognitiv. Modelul mental este definit drept sistemul de cunoştinţe declarative şi procedurale, stocate în memoria de lungă durată şi care modelează proprietăţile sistemelor cu care subiectul vine în contact şi conţinutul muncii sale. Modelul cognitiv conţine structuri de operaţii mentale de

procesare a informaţiei. Cunoştinţele declarative se referă la „a şti”, iar cele procedurale la „a şti să faci”, fiind mai aproape de acţiunea concretă şi având structuri de control direct utilizabile în realizarea acţiunii. El îndeamnă la evidenţierea structurilor şi operaţiilor mintale de procesare a informaţiei (filtraj, codificare, stocare, căutare). În lumina definiţiilor propuse de Gh. Iosif, formarea operatorilor logici se înscrie în acţiunile procedurale de percepere şi organizare a informaţiei, având drept finalitate elaborarea unor modele cognitive. Tot la noi, Ionel Muşu, în cartea „Metodica predării limbii române în şcoala ajutătoare”, a oferit exemple de antrenare a operatorilor logici în plan verbal. Institutul Naţional de Cercetare Pedagogică din Paris a declanşat un amplu program de restructurare a conţinutului diferitelor direcţii de învăţământ pe mari structuri logice ce corespund „capacităţilor fundamentale de orientare ale omului”. Astfel, tabloul detaliat al obiectivelor predării biologiei în clasele a V-a şi a VI-a cuprinde următoarele module (1982):

- L. Aplicarea limbajelor fundamentale (Limbaj verbal şi scris ; Limbaj matematic ; Simboluri şi coduri; Limbaj audio-vizual).
- O. Organizarea activităţii (Organizarea activităţii personale; Organizarea activităţii în echipă).
- M. Achiziţionarea de metode (Observaţia; Experimentare; Reperaj şi măsuri; Integrare şi aplicare).
- T. Achiziţionare de tehnici (Tehnici specifice; Tehnici nespecifice).
- C. Achiziţionarea de cunoştinţe (Organizarea fiinţelor vii. Funcţii biologice. Continuitatea vieţii. Comportament animal. Ecologie. Cunoştinţe ştiinţifice generale).

În momentul actual, în faţa psihologilor stă problema studiului „caracteristicilor structurale ale palierelor intermediare între marile structuri cognitive” (Aebli Hans), iar în faţa pedagogilor şi cadrelor didactice stă problema modalităţilor de organizare a conţinutului şi tehnologiei didactice, pentru antrenarea şi dezvoltarea acestor paliere intermediare. Un exemplu simplu din practică demonstrează cât de importantă este urmărirea sistematică, consecventă şi planificată a realizării unui operator logic. Elevii cu handicap mintal uşor, în urma activităţilor desfăşurate în sistemul de lecţii din şcoala specială, ştiu tabla înmulţirii pe dinafară, pot efectua înmulţiri corecte de tipul 17 x 8, aşezând unităţile sub unităţi şi efectuând operaţiile corespunzătoare, inclusiv reţinerea în memorie a zecilor rezultate din înmulţirea unităţilor şi adăugarea lor la produsul obţinut din înmulţirea înmulţitorului cu zecea de la deînmulţit. Dar, aceiaşi elevi, deplasaţi la bucătărie, având în faţă o navetă cu câte şase rânduri şi cinci sticle pe rând, aflându-se în faţa problemei : „Spuneţi cât puteţi de repede câte sticle sunt în navetă”, nu recurg, nici în condiţiile dirijării, la operaţia de înmulţire. Ei numără sticlele una câte una.

Condiţiile didactice ale antrenării operatorilor logici

Definirea operaţională a obiectivelor presupune formularea clară şi distinctă a comportamentului final pe care dorim să-l vedem manifestat de către elev, în momentul în care încetează influenţa noastră asupra lui. Operaţionalizarea obiectivelor educaţionale,

adică definirea lor în termeni de comportament observabil şi măsurabil, cu precizarea condiţiilor în care se va manifesta comportamentul respectiv şi a reuşitelor/ performanţelor minim acceptabile, trimite direct la activitatea manifestată vizibil de către elevi şi la operatorii logici implicaţi de ea: a identifica (în imagine, în descriere), a aşeza în ordine crescătoare /descrescătoare, a grupa (după formă, mărime, culoare), a compara, a clasifica, a selecta, a descrie, a micşora, a mări, a măsura, a explica prin..., a enumera, a rezolva o problemă de tipul..., a da exemple de... etc. Programul de formare a operatorilor logici la o disciplină de învăţământ, pe baza unui conţinut dat, se poate declanşa numai atunci când definim exact ceea ce va face elevul pentru a demonstra că a înţeles sau a învăţat ceva. Operatorii logici nu pot fi evidenţiaţi decât prin definirea operaţională a obiectivelor lecţiei. Obligativitatea precizării condiţiilor în care se va manifesta comportamentul respectiv angajează cadrul didactic în conştientizarea particularităţilor de vârstă şi individuale ale copilului debil mintal, a tulburărilor de învăţare pe care acesta le manifestă, corelat cu modul de antrenare a unui anumit operator logic. Unii elevi pot surprinde transformările numai pe baza unui suport concret intuitiv, prezent în conţinutul problemei (elevul nu poate identifica stările de agregare ale apei decât pe baza unor imagini, pe când alţi elevi pot reproduce în plan verbal, pe baza reprezentărilor, sensul aceloraşi transformări). Obiectivele unei lecţii, date fiind variabilitatea tulburărilor de învăţare în cadrul unei clase, nivelul diferit de formare şi antrenare a operaţiilor logice, fenomenele de heterocronie, trebuie să indice comportamentul observabil şi măsurabil atât la nivel acţional, cât şi la nivel iconic şi, când este cazul, şi la nivel verbal. În cazul seriei de lecţii cu tema „Fracţii", obiectivele operaţionale, centrate pe elevul cu deficienţă mintală, vor trimite la acţiuni şi operatori, pornind de la obiective operaţionale ierarhizate în trei planuri: a. elevul să taie un măr şi să obţină două jumătăţi egale; elevul să taie un măr în patru sferturi; b. elevul să împartă un dreptunghi în două părţi egale, apoi în patru pătrimi şi să haşureze o pătrime; pe un desen reprezentând un dreptunghi împărţit în opt optimi, elevul să haşureze şase optimi din acesta şi abia apoi să adune şase optimi cu două optimi. Numai astfel, elevul va desfăşura operaţiile de măsurare, de împărţire în părţi egale şi, reversibil, de refacere a întregului din părţi, de triere şi de denumire corectă a unor părţi sau de stabilire a identităţii părţilor indiferent de poziţia lor relativă. Definirea în acest sens a obiectivelor determină modul de prezentare a noului conţinut, metodele şi mijloacele indispensabile pentru realizarea obiectivelor, instrumentele de evaluare a nivelului de realizare a obiectivelor propuse.

Selectarea conţinutului didactic în vederea antrenării operatorilor logici

Fiecare obiect de învăţământ are un potenţial specific de antrenare a operatorilor logici. Importante sunt: selectarea şi găsirea unor modalităţi de prezentare a conţinutului în vederea declanşării activităţii reale a elevilor, ca şi evidenţierea operatorilor logici care pot fi antrenaţi, cu precădere, la clasa şi disciplina respectivă. De exemplu, la zoologie, se pot stabili corespondenţe între:

- ansamblul funcţiilor şi modul de viaţă (caracteristici comune ale animalelor de apă);

- starea de sănătate a diferitelor organe şi anume condiţii de menţinere a sănătăţii (rinichii se menţin sănătoşi dacă se consumă lichide, nu înghiţim medicamente fără sfatul medicului, nu consumăm plante sau fructe necunoscute);
- performanţe şi antrenament; ş.a.

Importante pentru dezvoltarea gândirii sunt şi: relevarea adaptării unui organ la o funcţie, având drept bază o corespondenţă ce se poate antrena din clasele mici (ce formă au membrele la animalele care zboară, care sar, care fug); demonstrarea acţiunii temperaturii, umidităţii, salinităţii asupra organismelor (hibernare la unele animale, ritmul încetinit de viaţă la arbori); identificarea consecinţelor acţiunii omului asupra mediului (efecte defavorabile, inclusiv create de anumiţi elevi când ard material plastic, când se aruncă chimicale în ape curgătoare sau stătătoare etc.). Compensarea unor disfuncţii ale operaţiilor gândirii, în cazul deficienţei mintale, de exemplu, în ceea ce priveşte operaţia de a compara, solicită, continuu, luarea în considerare a trăsăturilor specifice ale elevului în domeniul cognitiv. Se ştie, de exemplu, că elevul cu handicap mintal, pus să compare două plante, se va referi la culoare, mărime, grosime şi nu la elemente specific biologice. Date fiind dificultăţile de comparare a elementelor esenţiale care sunt relevate de disciplina respectivă (chiar şi când efectuează operaţia prin raportare „termen cu termen" a părţilor componente: rădăcina cu rădăcina, fructul cu alt fruct etc.), considerăm ca fiind necesare unele schimbări în însuşi sistemul de lecţii. La biologie, lecţiile de predare a diferitelor plante se cer urmate de lecţii în care se compară două plante deja studiate, precum şi lecţii în care două plante din aceeaşi grupă se compară cu o a treia. Astfel de lecţii, puţin justificate în învăţământul de masă, vor avea drept obiective antrenarea operatorilor logici (efectuarea de comparaţii), desprinderea pe etape a însuşirilor esenţiale şi depăşirea disfuncţiilor şi a greutăţilor pe care le întâmpină copilul cu handicap mintal: stabilirea mai dificilă a asemănărilor decât a deosebirilor, greutăţi în trecerea de la desprinderea asemănărilor de natură perceptivă la cele de natură categorială. La geografie, după predarea unor forme de relief, se recomandă compararea formelor de relief două câte două: câmpie-munte, câmpie-deal, deal-munte, deal-podiş. Prin astfel de lecţii se va impune specificitatea percepţiei şi analiza elementelor realităţii în funcţie de noţiunile de bază ale disciplinelor studiate şi de evidenţierea importanţei lor pentru viaţa şi activitatea umană. Sunt necesare şi lecţii anume axate pe obiective transdisciplinare, care condensează o serie de operatori şi au o deosebită importanţă pentru viaţa cotidiană a elevului. Un astfel de obiectiv se referă la conştientizarea timpului. În acest caz, operaţiile implicate sunt: operaţiile de ordonare, constând în aşezarea evenimentelor după ordinea lor de succesiune; operaţiile de triere şi incluziune, constând în decuplarea intervalelor dintre momentele ordonate şi în includerea celor mai mici în cele mai mari; operaţiile metrice, constând în alegerea unei durate mici ca etalon şi raportarea ei la altele mai mari (**Paul Popescu Neveanu**, 1977).

Metode şi mijloace de antrenare şi formare a operatorilor logici

Toate metodele şi mijloacele din arsenalul pedagogiei contemporane, îşi au locul lor bine stabilit în formarea gândirii, deci şi în antrenarea operatorilor logici. Fundamentale sunt însă metodele bazate pe acţiune, însoţite de cele conversative, care permit ca, pe baza activităţii cu elemente reale, elevul să producă operaţii de micşorare, mărire, transformare, grupare, eşalonare, suprapunere prin intersecţii de clase etc. Important este ca acţiunea respectivă să conducă la antrenarea operatorului logic propus prin obiectivele operaţionale; ca şi în cazul formării marilor operaţii ale gândirii, şi în cazul unei microoperaţii, trebuie să se găsească soluţii metodice şi pentru ca progresul cognitiv al elevului să nu se limiteze numai la întipărirea în memorie (de exemplu a unei clasificări) sau la formarea unei deprinderi (care nu e dotată cu reversibilitate). În plan practic, şi formarea operaţiei mintale de clasificare, la zoologie, trebuie să se finalizeze nu numai cu cunoaşterea şi reproducerea clasificărilor, ci la dezvoltarea capacităţii de a caracteriza un animal cunoscându-i apartenenţa la o clasă. Conştientizarea unor fenomene geografice mai complexe (de ex. vântul) şi a cauzelor care le produc este determinată de producerea unor experimente simple şi de ordonarea în serie crescătoare a fenomenelor de bază pe care elevii le observă în natură. Astfel, în predarea mişcărilor atmosferei, la Geografie se porneşte de la experimente simple: a. Mişcaţi evantaiul. Ce simţiţi ? De ce folosim evantaiul? b. Ce pune în mişcare morişca ? c. De ce se stinge lumânarea ? d. Unde dispar aburii de deasupra vasului care fierbe ? e. Măsuraţi cu termometrul temperatura aerului jos, pe podeaua bucătăriei şi sus, aproape de tavan. Există vreo diferenţă ? F.Mama spune: Închide repede uşa ! Se face curent ! Ce vrea să spună ? Pe o astfel de bază se poate trece la evidenţierea faptului că aerul cald mai uşor se ridică mai sus, iar aerul rece mai greu coboară, mişcarea aerului fiind continuă nu numai în spaţii închise, ci şi în natură, de la o regiune la alta. De asemenea se va fixa faptul că vântul rece aduce aer rece din regiuni mai reci, iar vântul cald aduce aer cald din regiuni mai calde. De asemenea, se pot ordona vânturile după intensitate (viteza de înlocuire a aerului, cu o anumită temperatură, cu aer de o altă temperatură): briză, vânt, furtună, uragan. Prin tratarea diferenţiată a elevilor cu intelect de limită se poate ajunge la realizarea obiectivelor privind clasificarea vânturilor după anotimpuri şi direcţia din care bate fiecare în localitatea natală şi se pot face corespondenţe cu evidenţierea consecinţelor acestora. În cazul utilizării conversaţiei euristice, importantă este orientarea atenţiei elevilor spre conştientizarea unor indici de recunoaştere, de exemplu a arborilor şi arbuştilor, după frunze: frunze simple - frunze compuse ; marginea frunzelor; orientarea nervurilor ş. a. Observând diferite vertebrate, unii elevi pot identifica clasa din care fac parte, dacă au fost învăţaţi să conştientizeze indicii de recunoaştere după învelişul cutanat: păr – mamifere, pene – păsări; solzi – peşti. Achiziţia cognitivă corepunzătoare, cu valoare funcţională, se produce, la un elev cu handicap mintal, în momentul în care, văzând o pasăre necunoscută îşi anunţă mama că a văzut o pasăre şi nu altceva, în pofida însuşirilor neesenţiale, diferite de cele ale păsărilor cu care a venit în contact, până în acel moment. În plan acţional şi imagistic, elevul va recunoaşte, identifica un animal sau o plantă după aceşti indici iar în plan verbal va putea să răspundă la întrebări de tipul (Care dintre aceste frunze aparţine nucului ? ; Cine are pielea acoperită cu păr (mamiferele), dar cu pene (păsările), dar de solzi (peştii).

Numai activitatea directă de observare în natură, desfăşurarea de acţiuni în plan concret intuitiv, în condiţiile organizării mediului instructiv şi dirijării procesului de învăţare, conduce la dezvoltarea gândirii elevului, a unui operator care-i este accesibil, dacă primeşte un sprijin / suport specific. Îmbinarea metodelor bazate pe acţiunea elevului cu cele conversative, cunoaşterea prin explorare a elementelor realităţii sau a substitutelor ei, sunt importante, atât pentru fixarea sensului cuvintelor, cât şi a unor note specifice, caracteristice unei noţiuni. Această cerinţă este valabilă şi în contextul însuşirii unor deprinderi de comportare civilizată şi de comunicare. Dacă elevul fără handicap de intelect deprinde, după modelele latente cu care se relaţionează zilnic, majoritatea regulilor care guvernează comunicarea corectă cu cei din jur şi regulile elementare de comportare, copilul debil mintal învaţă aceleaşi lucruri numai în urma unui program educativ intensiv, organizat şi orientat în acest sens. Operatorii logici, de corespondenţă între conţinutul şi modul de realizare a comunicării pe de o parte şi parteneri şi situaţii pe de altă parte pot fi antrenaţi printr-o acţiune educativă orientată spre obiective clar definite. Elevului trebuie să i se impregneze anumite comportamente: de identificare a persoanelor cu care vorbeşte (părinţi, profesori, alte persoane mai în vârstă, colegi, copii, oameni necunoscuţi), unde şi când se desfăşoară dialogul, de ce are loc dialogul. Activităţile educative pe această temă se cer desfăşurate pe tot parcursul şcolarităţii. Alături de conversaţie, în cadrul metodelor folosite, un rol deosebit îl vor avea dramatizarea, simularea situaţiilor de viaţă reale sau observarea şi dezbaterea comportamentului în diferite contexte (jocurile: La telefon, La cumpărături, Salutul, Cum ne-am comportat la ziua onomastică etc.). Este importantă definirea obiectivelor operaţionale, obiective orientate spre dezvoltarea comportamentului elevului de a enumera şi respecta, în practică, condiţiile necesare desfăşurării unui dialog corect cu persoane mai în vârstă. De exemplu: utilizarea unor forme de adresare (Vă rog, Permiteţi-mi, Fiţi amabil, Aş dori să vorbesc cu, N-aş vrea să vă deranjez dar, Vă rog să mă scuzaţi); folosirea pronumelui de politeţe; folosirea unor propoziţii interogative exprimate corect din punct de vedere logic şi succint din care să reiasă scopul întrebării; modul de obţinere a unei informaţii (Vă rog să mă lămuriţi) de aflare a intenţiilor interlocutorului (Ce doriţi ?), opţiunea acestuia într-o problemă sau plan de interes comun (Cum e mai bine ? Ce părere aveţi despre ?); evitarea răspunsului la întrebare prin altă întrebare; folosirea în răspunsuri a unor propoziţii legate direct de întrebare; cunoaşterea modului de formulare a întrebărilor care solicită un răspuns prin da sau nu; dialogul la telefon are loc numai după identificarea clară a persoanei cu care se vorbeşte, cu folosirea apelativului alo! pentru asigurarea ascultării de către interlocutor; utilizarea unor formule de mulţumire pentru informaţiile, sfaturile datele sau .sprijinul concret urmărit de interlocutor. În afara acestor obiective, care antrenează în mod clar structuri operatorii de corespondenţă între exprimare şi condiţiile comunicării, în funcţie de disfuncţiile observate la anumiţi elevi, se vor urmări şi alte obiective mai simple sau mai complexe. Unii elevi trebuie învăţaţi chiar comportamentul verbal, în cazul în care el, personal, suferă (sunt elevi care nu anunţă celor din jur faptul că resimt durere într-un anume loc şi exteriorizează aceasta prin nervozitate, instabilitate etc.) De aceea vor fi învăţaţi cum trebuie să fie comportamentul, exact în astfel de situaţii : Când te doare ceva anunţi: Mă doare - şi indică locul: Aici! Adresează o rugăminte : Ce să fac ? Mă duceţi dumneavoastră la doctor ? De asemenea, elevul trebuie învăţat să distingă persoanele cu

care-şi permite să folosească expresiile: Pa! Te sărut! Salut! Servus! Corespondenţa formelor de salut ocazional - momentele zilei se cer, de asemenea, fixate.

Deosebit de importante în exersarea capacităţii de identificare, de stabilire a asemănărilor şi deosebirilor între plante, animale, fenomene sunt realizarea şi păstrarea aceleaşi scheme în dirijarea învăţării noului conţinut. Pe bază de imagini şi prin valorificarea experienţei lor din mediul apropiat, prin conversaţie, în cazul unei activităţi de cunoaştere cu tema descrierii unui animal domestic, un bun dascăl parcurge următorii paşi: a. Mediul de viaţă; b. Alcătuire - corp format din: cap, gât, trunchi, acoperit cu….; c. Hrana - se hrăneşte cu …; d. Înmulţire - Câţi pui naşte ? Puii se hrănesc cu ?; e. Foloase - carne, păr, piele. Aceeaşi schemă se va respecta în studierea tuturor animalelor domestice. Antrenarea operatorilor vizând comparaţia, stabilirea asemănărilor şi deosebirilor se va face comparând două câte două animale cunoscute, pornind de la părţile corpului, hrana preferată, etc.

Contribuţia mijloacelor de învăţământ la formarea operatorilor logici este deosebită, deşi ea se subordonează acţiunilor concrete. Majoritatea mijloacelor de învăţământ pot fi concepute în lumina exigenţelor didacticii moderne referitoare la activizarea elevilor şi la promovarea activităţii lor independente. Pe lângă funcţia lor ilustrativă şi demonstrativă tradiţională, de fereastră deschisă asupra lumii, mijloacele pot căpăta şi alte funcţii. Pe lângă îmbogăţirea universul informaţional al elevilor, sprijinirea procesului de procesare primară a informaţiilor, mijloacele de învăţământ pot contribui la antrenarea capacităţile lor intelectuale, inclusiv a operatorilor logici. În lumina problemelor abordate în acest studiu, mijloacele de învăţământ pot fi clasificate astfel:

- Mijloace ce permit antrenarea operatorilor logici în plan acţional (cuburi, seturi de figuri şi corpuri geometrice, trusa Dienes, modele ale elementelor realităţii, jocuri, jucării); prin activitatea proprie a copilului cu acestea, se realizează transpunerea experienţei într-un model despre lume, se realizează „reprezentarea activă";
- Mijloace ce permit antrenarea operatorilor logici în plan iconic (imagini special concepute, seturi de imagini corelate între ele în funcţie de sarcinile concrete la rezolvarea cărora pot contribui, fişe de activitate independentă cu suport imagistic; jocuri bazate pe o anumită organizare a imaginilor) ; acestea asigură organizarea vizuală sau alt fel de organizare senzorială şi conduc la folosirea unor imagini schematice („reprezentare iconică„) ;
- Mijloace ce permit antrenarea operatorilor logici în plan verbal (fişe de activitate independentă, exerciţii de completare de propoziţii, de transformare a acestora în funcţie de timpul acţiunii, ghicitori, versuri special concepute).

Imaginile vizuale statice pot fi astfel concepute încât să vină în sprijinul: analizei detaliate a elementelor şi aspectelor realităţii; comparării elementelor, fenomenelor şi proceselor; două aspecte / elemente prezentate pe aceeaşi planşă pot fi suportul atât pentru identificarea şi descrierea acestora cât şi pentru realizarea acţiunii de comparare, de stabilire a asemănărilor, a elementelor identice şi a diferenţelor; un set de imagini poate stimula efortul de asociere, de punere în corespondenţă, de reprezentare a întregului, a succesiunii logice a unor activităţi productive, a succesiunii în timp etc.

Pornind de la adevărul relevat de Jean Piaget potrivit căruia imaginea este uşor disponibilă, dar are rolul unui element static, decupând instantanee din transformările operatorii, cadrul didactic trebuie ca, din totalitatea imaginilor cu care se operează la unele discipline de învăţământ în educaţia specială, să le desprindă pe acelea care se constituie ca un simbol al unor operaţii concrete; perceperea sau reprezentarea acestor imagini, într-un context dat, permite subiectului să evoce operaţia totală care este cerută printr-o sarcină didactică anume formulată (să compare două elemente, să le eşaloneze etc.). Pe aceeaşi bază trebuie să caute acele probleme, care pun copilul în situaţia de a executa efectiv anumite acţiuni, care antrenează anumite operaţii. Mijloacele de învăţământ trebuie astfel concepute şi realizate, încât să nu lase numai o urmă senzorială a obiectelor percepute sau substitutelor realităţii (mulaje, filme ş.a) ci „să determine executarea unui desen interior". Desenul interior „nu prelungeşte percepţia pură, ci tocmai ansamblul mişcărilor, al comparaţiilor etc., care însoţesc percepţia şi pe care noi le numim activitate perceptivă" (Hans Aebli). Imaginea mintală este, de fapt, definită drept reproducerea interiorizată a mişcărilor de explorare perceptivă.

Modul de reprezentare prin cuvinte sau prin limbaj este de natură să interpreteze realitatea într-un grad care nu e atins niciodată prin acţiuni sau imagini, pe care, totuşi, se bazează. Poeziile anume selectate pot constitui mijloace expresive pentru antrenarea operatorilor logici, pentru fixarea în memorie a rezultatului unei acţiuni (de evidenţiere a identităţii de conţinut în cazul sinonimelor, a diferenţierii conţinutului în cazul omonimelor), a unor caracteristici esenţiale şi a unor indici de identificare. Dezvoltarea capacităţii de a desprinde sensul unui tablou se realizează în paralel cu antrenarea unor operatori logici. Se ştie că, elevului debil mintal îi este caracteristică neseparare însuşirilor esenţiale de cele neesenţiale. Cele două categorii de însuşiri ale elementelor lumii înconjurătoare formează pentru el un amestec sincretic şi eclectic în care, frecvent, esenţialul este înlocuit prin neesenţial. Depăşirea realităţii psihologice nu se poate realiza decât printr-un demers pedagogic complex, în care antrenarea capacităţii de explorare vizuală, pe baza unui mijloc imagistic se însoţeşte de o evidenţiere selectivă, prin conversaţie, a unor elemente sau însuşiri, în lumina unor integratori logici specifici. Depăşirea situaţiilor semnalate în studiul geografiei când stimulii puternici, din contactul nemijlocit cu mediul determină nediscriminarea corectă a realităţilor geografice, clasificări greşite se poate realiza numai printr-o mare varietate de material didactic, în care elementul esenţial să rămână constant indiferent de aspectele ambientale diferite. Este vorba de conştientizarea identităţii aspectului sau fenomenului geografic indiferent de formă (câmpia este câmpie, dacă e netedă şi întinsă, indiferent dacă pe ea creşte o pădure sau s-a construit un oraş). Realizarea de corespondenţe, între elementele esenţiale ale realităţii trebuie, uneori, să spargă anumite reprezentări puternic individualizate, condensări ale unor experienţe proprii sau specifice (Vara este anotimpul când faci baie). Utilizarea unor texte bine selecţionate poate avea efecte deosebite pentru antrenarea unor anumite operaţii. "Un vânător şi-a luat puşca şi a plecat la vânătoare. Sub o tufă zăreşte un iepure. Se uită la iepure şi se gândeşte: "Am să-l împuşc, carnea o mănânc, pielicica o vând şi cu banii câştigaţi îmi cumpăr un purcel. Purcelul va creşte mare, va deveni porc. Voi vinde porcul şi-mi voi cumpăra un viţel. Viţelul va creşte şi va deveni vacă. Vaca o voi vinde şi îmi voi cumpăra o iapă. Iapa va avea un mânz, mânzul va creşte şi va deveni un cal frumos. Deci, de la acest iepure mă voi îmbogăţi şi voi avea două animale. Voi

înhăma calul şi iapa la căruţă şi voi pleca la plimbare. De bucurie vânătorul sări în sus şi chiui. Atunci iepurele a sărit şi a fugit". Pe baza unor astfel de povestiri, elevii pot conştientiza relaţia prezent-viitor, realitate-dorinţă, corespondenţa pui - animal - adult etc. Ghicitorile sunt un mijloc atractiv ce pot fi folosite pentru antrenarea operatorilor logici în plan verbal, îndeosebi a identificărilor şi comparaţiilor. Ele trebuie să aibă însă caracteristici distincte faţă de cele folosite în activităţile cu elevii obişnuiţi şi anume să aibă indici de recunoaştere impliciţi şi elemente (chiar formale - rima de exemplu) care să trimită direct la identificare. Întrebuinţarea cotidiană a obiectelor de identificat facilitează identificarea. Uneori identificarea unor elemente din aceeaşi sferă se poate asocia cu completarea unui rebus, cu evidenţierea unei noţiuni, cuvânt, legat de primele. Aceasta sporeşte atractivitatea lecţiei şi motivaţia elevilor.

Fişele de activitate independentă au un rol deosebit în evaluarea formării operatorilor în plan verbal. În cazul conştientizării mulţimilor şi diferenţierii, prin terminologie, a elementului singular de mulţimea elementelor care fac parte din aceeaşi categorie se propune "Cum spuneţi când vedeţi: mai multe vrăbii (un stol); mai multe raţe sau gâşte (un cârd); mai multe oi (o turmă); mai multe vaci (o cireadă); mai mulţi cai (o herghelie); mai multe flori (un buchet)". Se pot propune exerciţii de identificare a termenului contrar, în propoziţii (după ce anterior s-au exersat cu suport de obiecte sau imagini); Dacă nu e cald e ....; Dacă nu e uscat ....e .....; Dacă nu e frumos... este ......etc ;

Însuşirile contrare se fixează, în plan verbal, cu uşurinţă şi prin versuri: „Norul ce s-a dus / De nu-i jos e sus / Ursul greu la pas / De nu-i slab e gras / Mierea care curge / Nu-i amară-i dulce". După ce s-au realizat observaţii în natură a pomilor fructiferi şi ale fructelor corespunzătoare, s-au propus exerciţii cu imaginile acestora, concluziile pot fi fixate prin versuri precum "Dintr-o prună creşte-un prun / Din alună-un alun / Dintr-o ghindă-un stejar / Din arţar - tot un arţar / Dintr-o nucă- nuc răsare ..." (D. Matcovshi).

Identificarea trăsăturilor morale ale personajelor după comportament şi acţiuni simple s-a înscris în tradiţia învăţământului. Este necesar ca fiecare dascăl să-şi construiască un mini manual cu texte structurate estetic - expresiv şi ghicitori ce permit în forme atractive evaluarea unor operatori logici.

Este important ca instrumentele de evaluare să trimită la elementele de viaţă cele mai simple, dar vitale, în plan pragmatic, pentru autonomia elevului cu handicap mintal. O astfel o fişă de activitate independentă, privind capacitatea de asociere, poate evidenţia: agentul acţiunii; acţiunea şi agentul său; acţiunea şi instrumentul ei; acţiunea şi rezultatele ei; acţiunea şi scopul său; acţiunea şi utilitatea sa; locul acţiunii; obiectul şi materialul din care este făcut etc.

Problema formării şi antrenării operatorilor logici se înscrie în întrebarea fundamentală: Ce abilităţi deosebite va trebui să-şi dezvolte copilul cu handicap şi cum poate să-şi folosească abilităţile pentru a se descurca în lumea în care este destinat să trăiască. Dacă răspunsul la această întrebare e dat, dacă finalităţile sunt clare, atunci demersul de proiectare a educaţiei şi intervenţiilor terapeutice compensatorii este facilitat, uşurându-se stabilirea a ceea ce poate face şcoala şi societatea pentru a da acestor copii şansa de a trăi o viaţă în demnitate, de a se integra social şi profesional.

6. MODELUL PIRAMIDAL AL ÎNVĂŢĂRII; APLICAŢII LA COPIII CU DIFICULTĂŢI DE ÎNVĂŢARE ŞI DEFICIT DE ATENŢIE ŞI HIPERACTIVITATE (ADHD)

Modelul piramidal al învăţării este unul din cele mai noi abordări apărute în domeniul educaţiei, fiind amplu utilizat în educaţia copiilor cu dificultăţi de învăţare, ADHD, dar, în special, în cazul elevilor cu tulburări din spectrul autismului. În acest subcapitol vom încerca să prezentăm şi să explicăm acest model de abordare a învăţării din perspectiva elevilor cu dificultăţi de învăţare şi ADHD.

De ce un model PIRAMIDAL al învăţării ? Modelul are la bază principiul conform căruia forma triunghiulară a unei piramide este cea care îi oferă stabilitate. Aşa cum Marile Piramide ale Egiptului au fost construite să dureze peste 40 de secole, fiind cele mai înalte structuri de piatră din lume, cu o bază solidă, tot aşa şi abordarea piramidală din educaţie a fost construită să reziste celor mai diverse perturbări, oferind specialiştilor din domeniu metode noi de intervenţie, pornind de la planificarea unei curricule funcţionale şi implementarea de strategii pentru atingerea obiectivelor (achiziţii, generalizare) până la adaptarea acelor strategii la nevoile individuale ale fiecărui elev în contexte variate şi relevante.

În ce constă modelul ? Modelul prezentat conţine 10 blocuri construite în forma unei piramide. Baza piramidei este reprezentată de mediul de învăţare – variabilă externă - cu referire atât la mediul familial, cât şi la mediul şcolar. Cele 10 blocuri ale piramidei sunt împărţite în trei grupuri distincte. Primul grup conţine blocurile de la bază, fundamentale şi este format din: atenţie şi autoreglare, emoţii, comportament şi stimă de sine. Următorul nivel conţine un set de trei blocuri simbolice: fonologie – pentru prelucrări fonologice, ortografie – pentru prelucrări ortografice şi motor – pentru prelucrări motorii. Ultimul nivel conţine trei blocuri conceptuale: limbaj – pentru gândirea cu ajutorul limbajului, imagini – pentru gândirea cu ajutorul imaginilor şi strategiile pentru gândirea cu ajutorul strategiilor. Teoretic, deşi toate blocurile au aceleaşi dimensiuni, pentru anumite tipuri de învăţare unele blocuri sunt mai importante decât altele. Deşi modelul nu cuprinde toate abilităţile necesare unui proces interactiv de învăţare, iar blocurile sunt prezentate din raţionamente didactice ca unităţi distincte, ele fiind de fapt interdependente şi interactive, considerăm că înţelegerea acestor variabile unice (afectiv, comportamental, cognitiv şi lingvistic) poate ajuta specialiştii să înţeleagă diferitele tipuri de dificultăţi de învăţare şi de comportament şi ulterior, să selecteze şi să proiecteze intervenţiile comportamentale sau academice adecvate.

Aşa cum s-a mai precizat, scopul acestui model este de a-i ajuta pe profesioniştii din domeniul educaţiei să identifice, în mod clar, problemele de comportament şi de învăţare întâmpinate de unii elevi, să le evalueze şi să stabilească strategii practice şi eficiente pentru a ajuta aceşti copii să depăşească dificultăţile de învăţare şi de comportament.

Vom explica, în continuare, în ce constă fiecare componentă a modelului.

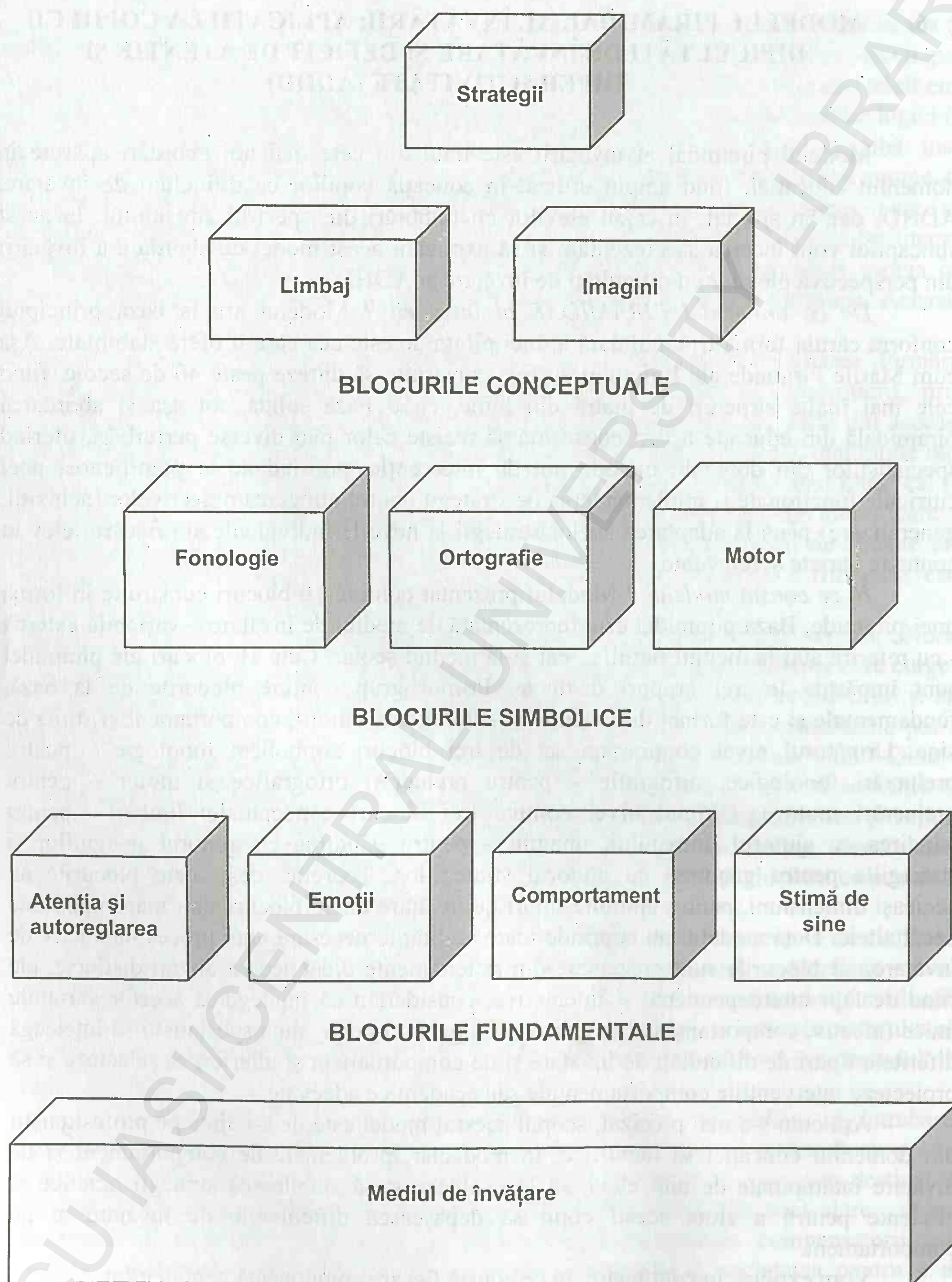


Fig. 1. **Modelul piramidal al învățării** (adaptare după **Mather & Goldstein**, 2008, pag. 7)

Mediul de învăţare

Baza piramidei este reprezentată de mediul de învăţare. Acesta furnizează fundaţia, baza ce poate asigura elevilor oportunităţi şi experienţe pozitive sau negative de învăţare.

Mediul de învăţare are în vedere mediul şcolar şi mediul familial, problemele de învăţare şi de comportament ale elevilor putând fi exacerbate şi de factori ce ţin de mediul familial. De exemplu, lipsa unui suport parental, coroborat cu un mediu haotic acasă, va avea un efect semnificativ asupra imaginii de sine a unui elev, cât şi asupra disponibilităţii sale emoţionale de a se angaja în rezolvarea sarcinilor şcolare. Deşi mediul familial exercită o influenţă puternică asupra rezultatelor şcolare, atenţia noastră în acest model de abordare este centrată pe mediul de învăţare şcolar.

Clasa este o parte a mediului de învăţare a copilului. Experienţele şcolare pot accentua, într-o măsură mai mare sau mai mică, influenţele negative ale factorilor familiali, de-a lungul unui an şcolar copiii petrecând, în genere, la şcoală cam tot atâta timp cât petrec şi acasă. Prin urmare, în decursul unui an şcolar, de cele mai multe ori, ei petrec mai mult timp cu profesorii decât cu părinţii lor. Profesorii au, astfel, ca responsabilitate primară, crearea unui mediu educaţional în care elevii să se simtă respectaţi, valorizaţi, sprijiniţi din punct de vedere academic, emoţional şi social. În opinia lui Kauffman, obiectivul principal al unui profesor este de a structura şi organiza mediul de învăţare "în aşa fel încât activitatea să fie îndeplinită, jocul să fie învăţat, dragostea să fie trăită, iar distracţia savurată atât de către elev, cât şi de către profesor" (**Kauffman**, 2005,*apud* **Mather şi Goldstein,** 2008, pag. 28).

În privinţa managementului clasei, chiar şi amănunte minore, ca, de pildă, organizarea pupitrelor (în grup sau pe rânduri) poate afecta funcţionarea eficientă a mediului de învăţare. Cercetători precum Wheldall şi Lam (**Wheldall şi Lam,** 1987, *apud* **Thomas, D., şi Woods, H.,** 2003) au demonstrat, că, în clasele elementare, frecvenţa întreruperilor este de trei ori mai mare când mesele sunt aranjate în grup decât atunci când sunt aranjate pe rânduri, unul în spatele celuilalt, iar, cu cât distanţa dintre pupitre este mai mare cu atât creşte nivelul realizării sarcinilor şi scade nivelul de întrerupere. Conform poziţionării tradiţionale a pupitrelor, profesorii au tendinţa de a interacţiona în principal cu elevii din mijlocul şi cu cei din faţa clasei şi mai puţin cu cei aşezaţi în spatele sălii sau pe margini. Ca urmare a acestui fapt, zona respectivă este cunoscută în pedagogie ca „zona T".

Fifer a demonstrat, în 1986, că, numărul tulburărilor de comportament scade atunci când profesorii se mişcă mai des prin clasă în timpul predării, acordând atenţie egală tuturor elevilor şi nu cu precădere celor aşezaţi în "zona T".

În mod tipic, aproximativ între 50-60% din timpul unei ore de curs este folosită pentru predarea directă. De obicei, restul de timp se pierde cu organizarea şi începerea cursului, perioadele de tranziţie, diverse observaţii asupra comportamentelor disruptive şi răspunsuri la diferite întrebări. Astfel, elevii petrec practic doar jumătate din timpul unei ore de curs pentru rezolvarea unei activităţi, manifestând, de regulă, dezinteres şi fiind mai puţin productivi. Motivul primar al acestei lipse de interes este, de cele mai multe ori, lipsa de interacţiune directă cu profesorii lor.

Prin urmare, putem intui ca primă strategie de abordare eficientă a mediului de învăţare instruirea directă, sau predarea activă ca mod proactiv de minimalizare a întreruperilor în clasă.

Instruirea directă trebuie să respecte următoarele principii:

1. Implicarea tuturor elevilor în activităţile educaţionale, inclusiv a celor cu rezultate sau achiziţii şcolare mai slabe;
2. Amplasarea elevilor cu dificultăţi de învăţare şi tulburări de comportament în zona centrală a clasei, cea mai activă zonă de învăţare sau eventual, cât mai aproape de profesor;
3. Prezentarea lecţiei într-o manieră cât mai organizată şi secvenţială;
4. Începerea lecţiei cu o scurtă recapitulare a cunoştinţelor achiziţionate anterior, necesare în cadrul următoarei lecţii;
5. Începerea lecţiilor cu o scurtă prezentare a obiectivelor, într-un mod cât mai clar şi concis;
6. Prezentarea noilor materiale în paşi mici, prin exerciţii practice şi demonstrative pentru fiecare pas şi însoţite de o îndrumare iniţială;
7. Oferirea de oportunităţi frecvente pentru a practica şi generaliza noi aptitudini;
8. Verificarea gradului de înţelegere a elevului, prin solicitarea unor răspunsuri la diverse întrebări.

Blocurile de bază – fundamentale

Blocurile de bază furnizează sistemul de suport al învăţării. La fel ca şi fundaţia unei piramide, aceste blocuri trebuie să fie suficient de bine construite şi consolidate pentru a asigura o învăţare eficientă. În cadrul blocurilor de bază sunt cuprinse:

Atenţia şi autoreglarea. Blocul reprezentând atenţia şi autoreglarea, include abilitatea copilului de a fi atent, de a-şi regla comportamentul şi impulsurile, aspecte ce sunt considerate critice pentru învăţare. Ştim cu toţii că problemele de atenţie şi comportament ale multor copii rezultă din imposibilitatea lor de autocontrol, fapt ce îi împiedică să se concentreze pe cerinţele relevante ale sarcinilor de lucru din clasă. Cei mai mulţi dintre copiii cu ADHD au probleme în menţinerea unui efort persistent şi sunt uşor de distras, când încearcă să urmărească un obiectiv sau planul de realizare a temelor, rareori reuşind să finalizeze o activitate fără a-şi deranja colegii. În mediul şcolar, copiii cu ADHD experimentează o gamă vastă de afecţiuni. Se pare că posedă acel tip de temperament care îi fac mai persistenţi în activităţile repetitive pentru că, probabil, le percep ca fiind neinteresante şi acest lucru le inhibă impulsurile. În mod frecvent, eforturile profesorilor în a controla simptomele ADHD constau în interacţiuni reîntărite negativ, ce tind să fie concentrate pe comportamentul dezadaptativ şi mai puţin pe întreruperea sau încetarea acestui tip de comportament. Aceste interacţiuni negative nu fac altceva decât să distragă mai departe atenţia celorlaţi elevi ai clasei. Deşi la un moment dat s-a crezut că ADHD-ul şi dificultăţile de învăţare sunt descriptori diferiţi ai aceleiaşi probleme, problemele de atenţie şi autoreglare rezultă, de fapt, din performanţa şcolară scăzută, în timp ce problemele de învăţare sunt, adesea, rezultatul unei insuficiente procesări, reamintiri sau înţelegeri a materialului.

Câteva strategii utile în controlarea hiperactivităţii, neatenţiei şi impulsivităţii caracteristice copiilor cu ADHD:

- oferiţi instrucţiuni clare, concise, eventual singulare şi urmăriţi feedback-ul. De cele mai multe ori, profesorii nu sunt conştienţi de complexitatea instrucţiunilor pe care le formulează şi emit o serie de instrucţiuni pe care nu toţi elevii le pot urma cu uşurinţă. S-a demonstrat că mulţi elevi cu ADHD au înregistrat o creştere a gradului de înţelegere atunci când profesorul a simplificat instrucţiunile cu o voce calmă şi a cerut elevilor să le repete pentru sine;
- plasaţi elevul în acel loc al clasei în care poate fi cel mai greu de distras, ideal – în faţa clasei, dar departe de uşă, geamuri sau altă zonă cu un trafic intens;
- în cadrul activităţii didactice, încercaţi să combinaţi metode de instruire diferite: vizuale, tactile, verbale ce s-au dovedit a fi mai eficiente în menţinerea atenţiei şi creşterea interesului pentru învăţare;
- dacă elevul are dificultăţi în a sta într-un anumit loc în clasă, încercaţi să alternaţi activităţile statice cu cele de mişcare;
- împărţiţi lecţiile în fragmente mai mici şi acordaţi elevului un timp suplimentar pentru a-şi finaliza activitatea.

Emoţiile se referă atât la trăsăturile temperamentale ale copilului, cât şi la dispoziţiile sale. În cadrul clasei, există două tipuri principale de probleme ce par să interfereze cu abilitatea copiilor de a reuşi. Simptomele acestor probleme formează bazele pentru depresie şi anxietate. Acest tip de probleme sunt considerate de specialişti *tulburări de internalizare*, pentru că sunt, de obicei, nondisruptive iar elevii ce experimentează acest tip de probleme sunt consideraţi ca fiind pasivi, retraşi sau izolaţi în clasă. Acest tip de comportament, deşi nondisruptiv reprezintă totuşi o cauză de îngrijorare atât pentru profesor, cât şi pentru elev. Sunt tulburări ce pot afecta semnificativ disponibilitatea elevului de a învăţa, dificultăţile la şcoală afectând mai departe atitudinea faţă de activităţile educaţionale şi performanţa elevilor în clasă. Unii copii, spre exemplu, au dificultăţi de citire şi pronunţie ce le afectează dorinţa de a persevera în sarcini ce necesită citire şi scriere.

Cea mai utilizată intervenţie, în cazul elevilor cu anxietate şi depresie, este cea cognitiv-comportamentală. Tehnica cognitiv-comportamentală este centrată nu atât pe consecinţe, cât pe schimbarea modului în care elevii gândesc despre sine şi lumea din jurul lor. Spre exemplu, un elev deprimat poate prezenta gânduri negative de genul "Chiar dacă îmi dau silinţa, nu voi reuşi, şi atunci de ce să mai încerc ?", caz în care terapeutul sau consilierul şcolar îşi va ajuta elevul în generarea unor gânduri adaptative prin modelare (exemplu: " Dacă dau tot ce pot, pot eşua dar pot să şi reuşesc"). Intervenţiile cognitiv-comportamentale combină aspecte ale intervenţiilor comportamentale cu tehnici de modificare a gândurilor, considerate mecanismele prin care se dezvoltă anxietatea şi depresia. Prin urmare, gestionarea acestor îngrijorări şi nelinişti implică înlocuirea acelor gânduri negative cu unele adaptative, realiste în ceea ce priveşte situaţiile generatoare de anxietate.

Comportamentul cuprinde acţiunile făţişe, dar şi pe cele ascunse, incluzând abilităţi sociale şi de supunere. Blocul face însă referire, în special, la *tulburările externalizate* de tipul negativism comportamental, furie sau comportamente problematice

ce persistă, în ciuda măsurilor adoptate (de exemplu, acordarea unei pauze, mutarea într-o altă bancă).

Strategii de reducere a comportamentelor problematice în clasă:

- *întărirea pozitivă* din partea profesorului ori de câte ori un comportament dorit este expus, feedback ce probabil va face să crească reapariția acelui comportament (de exemplu, laude sau recompense).
- în cadrul modelului de *întărire negativă*, copilul lucrează pentru a elimina o consecință aversivă și nu pentru a câștiga o consecință pozitivă. De exemplu, în cazul în care un profesor folosește întărirea negativă, el trebuie să-și urmărească atent elevul până ce acesta își finalizează toate activitățile din cadrul lecției. Astfel, prin întărire negativă el își învață elevul că singurul mod prin care poate elimina consecința aversivă (exemplu: atenția profesorului) este să-și finalizeze activitatea. Mai mult decât atât, profesorul poate muta pupitrul elevului cât mai aproape de masa sa, până când elevul își finalizează activitatea cu care a fost investit;
- *pedeapsa*, deși poate să suprime comportamentul nedorit, nu poate, însă, să-l elimine. Pedeapsa poate implica o consecință neplăcută sau pierderea unui privilegiu ori a unei recompense, ca urmare a apariției unui comportament nedorit. Cele mai frecvente pedepse utlizate de profesori sunt mustrările, urmate îndeaproape de contactarea părinților și oferirea unui time-out. Pedepsele trebuie inițiate cât mai curând posibil, după manifestarea comportamentului aversiv, și în strânsă legătură cu acesta. În cazul în care pedepsele sunt prea ușoare, acestea nu vor fi eficiente și pot deprinde copilul la tolerarea sau adaptarea la pedepse mai intense și de lungă durată. În cazul în care sunt prea intense, pedepsele pot fi nu numai abuzive, dar vor crea și alte probleme. Fiți conservatori atunci când utilizați tehnica pedepsei și fiți atenți ca intensitatea lor să fie adecvată. Pentru a fi eficiente, pedepsele trebuie să fie consistente și predictibile;
- oferirea unui *"time-out"* (pauză, timp liber de câteva minute – recomandabil în jur de 4 minute) poate fi o strategie eficientă, deoarece restabilește ordinea în clasă prin eliminarea copilului cu un comportament problematic, reducând, astfel, și posibilitatea manipulării celorlalți copii. Time-out-ul este de departe cea mai utilizată tehnică de disciplinare folosită de cadrele didactice.

Stima de sine se referă la modul în care elevii se percep pe sine, cât de „buni" se consideră, comparativ cu propriile așteptări sau cu alții. „Stima de sine pozitivă este sentimentul de autoapreciere și încredere în forțele proprii" (**Gherghuț, A.,** 2005, pag. 74). Se consideră că o stimă de sine negativă poate afecta dispoziția copilului de a persevera în rezolvarea sarcinilor dificile. Este, spre exemplu, cazul multor copii cu dificultăți de citire și scriere care încep să creadă, din cauza acestor dificultăți, că ei vor eșua în tot ceea ce vor întreprinde. Prin urmare, pentru a reuși la școală, un copil necesită un mediu suportiv în clasă, abilitatea de a fi atent, emoții pozitive, auto-disciplină și o percepție pozitivă asupra sa și a școlii. O fundație bine consolidată poate ajuta elevul să compenseze alte dificultăți, să învețe să persevereze chiar și când are de-a face cu sarcini dificile. În schimb, una slăbită afectează performanța școlară, iar, factori adverși, ca anxietatea sau depresia, reduc disponibilitatea elevului de a învăța. Dar, o fundație bine consolidată nu poate garanta succesul 100%. Există copii care deși beneficiază de suport

la şcoală şi acasă, sunt atenţi, fericiţi şi bine integraţi, întâmpină totuşi dificultăţi cognitive şi verbale pe palierele simbolic şi conceptual.

Strategii de încurajare a stimei de sine, motivaţiei şi rezilienţei:

- acceptarea şi tratarea elevilor ca pe un grup unitar, în care fiecare elev are temperamentul lui, stilul propriu de învăţare şi discutarea acestor aspecte de unicitate la fiecare început de an sau semestru;
- stabilirea criteriilor de reuşită şcolară, în funcţie de capacităţile cognitive ale fiecărui elev în scopul creării unui mediu de învăţare în care elevii cu dificultăţi de învăţare să se simtă acceptaţi şi nu marginalizaţi;
- acordarea unui timp suplimentar de rezolvare a sarcinilor de lucru, în cazul evaluării finale sau cooptarea unui coleg pentru a-l ajuta în vederea efectuării şi înţelegerii temelor pentru acasă;
- creşterea gradului de responsabilizare a elevilor cu stimă de sine scăzută sau timizi prin încredinţarea unor sarcini, activităţi de stimulare a încrederii în sine şi sentimentului de a fi util: îngrijirea plantelor sau a animăluţelor din clasă (de exemplu, peşti, hamsteri etc.), meditarea elevilor din clasele mai mici etc.

Blocurile simbolice

Reprezintă al doilea nivel piramidal şi au în vedere procesarea informaţiei prin intermediul simţurilor. Abilităţile de la acest nivel ajută copilul în producerea, reamintirea şi preluarea informaţiilor despre aspectele simbolice ale limbajului. Problemele de la acest nivel afectează performanţa în citire, scriere şi matematică. De regulă, copiii identificaţi cu dificultăţi la nivelul acestui palier au fost catalogaţi ca având tulburări de învăţare, problema comună observată la aceşti copii fiind performanţa scăzută în cadrul abilităţilor de bază: citire şi scriere.

La începutul sec. XX, s-a crezut că dificultăţile de citire se datorează exclusiv abilităţii scăzute de procesare vizuală, datorită conexiunii evidente dintre ochi şi citire însă, această teorie nu a fost pe deplin crezută şi nici explicată, deoarece cei mai mulţi elevi cu tulburări de citire prezintă dificultăţi de asociere a sunetelor (fonemelor) cu literele scrise (grafemele). Prin urmare, dificultăţile acestor copii de a asocia grafemele cu fonemele şi de a recunoaşte aceste modele, impiedică dezvoltarea abilităţilor de recunoaştere a literelor.

Problemele de memorie verbală pe termen scurt sunt un alt tip de probleme comune printre aceşti copii, ei înregistrând, de multe ori, o slabă performanţă la sarcini ce vizează memoria de lucru şi memoria pe termen scurt. Aceşti elevi pot experimenta dificultăţi cu reamintirea literelor, cifrelor, cuvintelor, frazelor şi propoziţiilor, dificultăţi de memorare ce pot afecta scrierea.

Dacă aceşti elevi au, însă, şi un control motor scăzut, dificultăţile ulterioare de scriere vor afecta şi producţia scrisă. Deşi o bună parte a problemelor legate de abilitatea de scriere se diminuează la vârsta adultă, problemele de control motor pot afecta lizibilitatea şi viteza de scriere.

Blocurile simbolice conţin:

Procesarea fonologică – principalele abilităţi cuprinse sunt: gradul de conştientizare fonologică şi memoria verbală pe termen scurt.

Gradul de conştientizare fonologică se constituie ca abilitate a limbajului oral de a înţelege structura sunetelor vorbirii. Această conştientizare ne ajută să manipulăm sunetele limbii. Pe măsură ce elevii învaţă alfabetul, ei învaţă că vorbirea poate fi împărţită într-o serie de sunete discrete, cuvinte, silabe, şi foneme –care sunt cele mai mici unităţi ale sunetului. În cele mai multe cazuri, această conştientizare se dezvoltă gradual, de-a lungul perioadei preşcolare şi şcolare mici. Un copil, spre exemplu, poate avea dificultăţi în citire şi scriere datorită unei slabe conştientizări fonologice. El va avea probleme în discriminarea sunetelor similare în vorbire şi, deseori, va omite unele sunete când pronunţă un cuvânt sau va confunda anumite sunete, cum ar fi "f" în loc de "v".

Memoria verbală pe termen scurt se referă la abilitatea de a repeta informaţia pe care tocmai ai auzit-o. Această abilitate este necesară, în special, în luarea notiţelor în timpul unei expuneri. Dificultăţile legate de memorie sunt asociate şi cu amintirea informaţiilor scrise sau memorarea tablei înmulţirii. În unele cazuri, dificultăţile unui copil sunt legate de memorie, dar, în altele de problemele de concentrare a atenţiei sau de limbaj.

Procesarea ortografică. În sens general, ortografia se referă la scriere, implicând semnele de punctuaţie, regulile de ortografie şi problemele de pronunţie. Într-un sens mai restrâns, ortografia se referă la perceperea şirului de litere şi formarea cuvintelor, iar *conştientizarea ortografică este abilitatea ce ne permite să ne formăm o reprezentare mentală a formei literei sau cuvântului.*

O parte a acestui bloc cuprinde, pe lângă conştientizarea ortografică, şi "*recunoaşterea automată*" sau viteza de recunoaştere a literelor şi cuvintelor, abilitate ce ne este necesară pentru a ne reaminti rapid vocabularul de bază pentru citire şi pronunţie. Astfel, un copil cu probleme în această sferă este posibil să aibă un ritm mai lent în citire şi pronunţie şi o viteză redusă în percepţia cuvintelor.

Memoria de lucru se referă la abilitatea de a înţelege informaţia şi apoi de a o rearanja într-un mod specific. Un exemplu simplu ar fi să rogi pe cineva să asculte o serie de cifre şi apoi să-l rogi să ţi le spună într-o ordine inversă. Acest tip de abilitate necesită memorie verbală pe termen scurt, dar şi abilităţi de vizualizare şi rearanjare a cifrelor.

Procesarea motorie cuprinde două tipuri de abilităţi: abilităţile motorii grosiere sau abilităţile ce implică mişcări ale grupelor mari de muşchi (de exemplu, cei implicaţi în alergare sau sărituri etc.) şi abilităţi motorii fine, abilităţi ce implică grupele mici de muşchi (de exemplu, cei implicaţi în activităţi de scriere şi desen). Unii copii pot avea probleme într-una sau în ambele grupuri de abilităţi. De exemplu, un copil poate fi foarte abil la fotbal, dar poate să nu aibă abilităţi de scriere lizibilă.

În genere, abilităţile motorii fine pot fi divizate în două subtipuri: abilităţi implicate în producerea unui simbol (exemplu, scrierea literelor sau numerelor) şi abilităţi implicate în exprimarea artistică (de exemplu, realizarea unei picturi). Sunt copii care pot schiţa sau desena ilustraţii nemaipomenite, dar sunt blocaţi în producerea de simboluri. Această dificultate în producerea modelelor motorii necesare este cunoscută sub numele de disgrafie.

Abilităţile de procesare bine consolidate fac învăţarea mai uşoară şi permit copiilor să realizeze diverse sarcini: să ia notiţe, să memoreze acţiuni matematice sau să identifice cu acurateţe cuvinte. De îndată ce copilul a învăţat să realizeze o sarcină, care poate necesita practică repetată, aceste abilităţi devin automate şi sunt realizate cu puţină

gândire și minimum de efort. De exemplu, când un copil a învățat să citească un cuvânt, cuvântul este recunoscut instantaneu când este din nou întâlnit.

Deși abilitățile de la acest nivel ajută copilul să efectueze sarcini variate, ele nu garantează însă succesul școlar. Spre exemplu, unii copii care la prima vedere nu au dificultăți de învățare legate de citire, pronunție sau rezolvarea de calcule matematice, întâmpină însă dificultăți în momentul în care ritmul se accelerează. Acest lucru se întâmplă din cauza dificultăților din câmpul conceptual și lingvistic. Ei sunt capabili să rezolve probleme matematice de bază, dar sunt aproape incapabili să le rezolve pe cele mai complexe, din cauza dificultăților de conceptualizare și raționalizare, care în cadrul acestui model sunt legate de abilitățile din blocurile conceptuale, nivelul de vârf al modelului.

Majoritatea tipurilor de intervenție, folosite în recuperarea abilităților de la nivelul acestor blocuri, fac parte din terapia tulburărilor de limbaj și nu vor fi abordate în cadrul acestui subcapitol.

Blocurile conceptuale

Vârful piramidei include abilitățile conceptuale - gândirea cu ajutorul limbajului, imaginilor și strategiilor. Aceste abilități, din cadrul blocurilor conceptuale, ajută copiii să înțeleagă sensul și relațiile dintre cele învățate, să aplice cunoștințele achiziționate anterior pe măsură ce se implică în activitățile școlare.

În opinia lui Mather și Goldstein, **gândirea cu ajutorul limbajului** „implică sarcini, cum ar fi a înțelege ce auzi, a înțelege un text scris, a exprima idei în timp ce vorbești sau scrii, a învăța și a folosi un nou vocabular. Elevii cu abilități bune în aria limbajului tind să vorbească ușor și posedă un vocabular expansiv. Cei mai puțin abili în aria limbajului experimentează, de cele mai multe ori, dificultăți în realizarea sarcinilor ce implică înțelegerea și producerea unui text” (**Mather și Goldstein**, 2008, pag. 11).

La nivel conceptual, gândirea cu ajutorul limbajului afectează performanța în înțelegerea citirii, a limbajului scris și în rezolvarea de probleme. Multe din procesele limbajului receptiv și expresiv contribuie la dezvoltarea acestor abilități dar, în cele mai multe cazuri, înțelegerea limbajului vorbit și scris pare a fi independentă de abilitatea de a citi un cuvânt. În cadrul acestui model, abilitatea de a citi este legată de abilitățile din blocurile simbolice, în timp ce problemele cu înțelegerea textului și exprimarea ideilor sunt legate de blocurile conceptuale, în special de gândirea cu ajutorul limbajului. Prin urmare, copiii ce întâmpină probleme în înțelegerea și folosirea limbajului, au, de regulă, dificultăți în ce privește citirea, scrierea și matematica, care necesită procese specifice de limbaj și implică abilități cognitive superioare.

Limbajul oral, citirea și scrierea, formează toate un sistem integrat cu reciprocitate în dezvoltare: limbajul oral furnizează o cunoaștere de bază în citire și scriere, iar ce învață copiii prin citire și scriere lărgește dezvoltarea limbajului oral (**Lerner & Kline**, 2001 *apud* **Thomas, D., și Woods, H.**, 2003).

În modelul piramidal al învățării, gândirea cu ajutorul limbajului înglobează cele mai înalte abilități de funcționare lingvistică, care le permite elevilor să înțeleagă ceea ce aud și citesc sau să-și exprime gândurile când vorbesc și citesc. În unele cazuri, elevii cu probleme de citire au dificultăți importante de limbaj oral ce conduc, în final, la abilități

verbale şi de citire scăzute, iar, în alte cazuri, elevii cu dificultăţi de citire au abilităţi verbale bune dar au probleme serioase în recunoaşterea cuvintelor.

Deoarece limbajul oral reprezintă cheia înţelegerii unui text sau rezolvării unei probleme, profesorul poate aborda următoarele strategii:

- *tehnica modelului*, prin intermediul căreia profesorul descrie elevilor activitatea de lucru atât prin intermediul limbajului oral, cât şi prin gesturi, mimică şi pantomimă, elevii putând înţelege mai bine tema dată dacă este vizualizată şi ascultată;
- *tehnica expansiunii şi elaborării* reprezintă un alt mod de a ajuta elevii să înţeleagă anumite lecţii. În cadrul acestei tehnici, profesorul este cel care descrie activitatea elevului având posibilitatea, în cazul *expansiunii*, să corecteze răspunsurile greşite ale elevului, iar, în cazul *elaborării*, să lărgească plaja de răspunsuri şi informaţii corecte posibile şi similare cu scopul de a-i îmbunătăţii vocabularul;
- *tehnica parafrazării* este metoda cea mai des utilizată atunci când elevul întâmpină dificultăţi de înţelegere şi memorare a informaţiilor predate exclusiv prin intermediul limbajului oral. Prin intermediul acestei tehnici, elevului i se solicită să parafrazeze, să repete întrebările ce i-au fost adresate sau să reformuleze întrebarea ce i-a fost pusă, înainte de a răspunde.

Gândirea cu ajutorul imaginilor „implică reproducerea unor modele vizuale complexe, realizarea, înţelegerea şi judecarea relaţiilor spaţiale" (**Mather şi Goldstein**, 2008, pag. 12). În speţă, tulburările de învăţare întâlnite la nivelul acestui bloc sunt *tulburări de învăţare de natură nonverbală*, în sensul că, în general, copiii ce întâmpină dificultăţi la nivelul acestui palier au probleme legate de conceptele matematice, de dezvoltarea competenţelor sociale, de recunoaştere, evaluare şi interpretare a gesturilor şi expresiilor faciale. De cele mai multe ori, astfel de copii nu pot evalua cu uşurinţă ce simt ceilalţi.

Tipuri de intervenţii:

- *tehnica ilustrării* este o tehnică simplă de predare a informaţiilor, utilizând materiale vizuale cu scopul de a îmbunătăţi memoria vizuală şi înţelegerea, fiind utilă în special elevilor cu un stil de învăţare preponderent vizual. Tehnica ilustrării presupune utilizarea ambelor emisfere ale creierului, informaţia fiind conectată sau fragmentată, stimulând, astfel, corelarea diverselor informaţii, în special cele legate de fapte şi idei;
- *brainstorming* este o altă tehnică de ilustrare a unor idei, mult mai elaborată, ce porneşte de la un cuvânt sau idee cheie, extinzându-se de la 5 până la 10 idei principale, corelate cu cea iniţială. Se pot folosi diferite elemente şi simboluri matematice, de tipul: cercuri, pătrate, săgeţi, semne de echivalenţă, culori specifice pentru ideile cheie. Pe parcursul lecţiei, elevii pot interveni în identificarea conceptelor cheie şi în dezvoltarea propriilor idei.

Gândirea cu ajutorul strategiilor implică „gândirea despre gândire" sau „cunoaşterea despre cunoaştere", ceea ce numim metacogniţie. Metacogniţia reprezintă „capacitatea individului de a-şi reprezenta propria activitate cognitivă, de a-şi evalua mijloacele şi rezultatele, de a o ajusta diferitelor tipuri de probleme sau de situaţii prin

alegerea deliberată a unor strategii şi reguli şi, mai ales, de a stabili caracterul adevărat sau fals al unor reprezentări" (**J. Delacour** *apud* **Sălăvăstru, D.** 2009, pag. 186).

În opinia lui J.H. Flavell (1976), cel care a teoretizat pentru prima dată conceptul, considerat şi părintele metacogniţiei, şi a lui A.L. Brown (1987), metacogniţia prezintă două componente fundamentale: cunoaşterea metacognitivă şi abilităţile metacognitive.

Cunoaşterea metacognitivă include " cunoştinţe despre propriul mod de a gândi şi de a învăţa, dar şi despre modul de a gândi şi de a învăţa al altor subiecţi, cunoştinţe despre procesele şi stările cognitive şi afective proprii. (...). Astfel, elevul trebuie să ştie: cum se memorează, cum se rezolvă problemele, cum gândeşte, cum înţelege, cum funcţionează atenţia lui, cum învaţă, ce informaţii există în memoria sa etc." (**Cerghit, I.**, 2008, pag. 249).

Abilităţile metacognitive se constituie ca "aspectul procedural al metacogniţiei", cuprinzând activităţile pe care le desfăşurăm în mod normal pentru a ne controla şi monitoriza propria gândire, folosind strategii specifice de tipul: planificare, control/monitorizare, reglare (**Sălăvăstru, D.**, 2009, pag. 188):

- strategiile de planificare au în vedere modul în care va fi realizată sarcina;
- strategiile de control/monitorizare fac referire la verificarea gradului de înţelegere, de asimilare, de evaluare a rezultatelor obţinute şi a strategiilor utilizate. Este o monitorizare internă, o reflecţie asupra reuşitei sau nereuşitei învăţării;
- strategiile de reglare presupun ajustări, autocorecţii, reorganizări pe baza celor constatate prin intermediul activităţilor de control.

Revenind la modelul piramidal, putem spune că abilităţile conţinute la nivelul acestui bloc sunt strategii metacognitive. Spre exemplu, după Baker şi Brown (1980 *apud* **Thomas, D., şi Woods, H.**, 2003, pag. 182) strategiile metacognitive implicate în înţelegerea unui text sunt:

- înţelegerea scopurilor şi stabilirea obiectivelor;
- identificarea informaţiilor relevante din paragrafe;
- automonitorizarea gradului de înţelegere a textului;
- formularea de auto-interogări pentru a verifica dacă obiectivele stabilite au fost atinse;
- stabilirea de măsuri corective, în cazul în care nu se reuşeşte înţelegerea textului.

Din punct de vedere neuropsihologic, metacogniţia poate fi considerată parte a funcţiei executive sau a proceselor executive (**Torgesen**, 1994, *apud* **Mather şi Goldstein**, 2008). Funcţia executivă a fost descrisă ca "supervizor al procesării cognitive" care este capabil să selecteze, supervizeze şi să integreze informaţia din mai multe surse. Componentele cheie ale funcţiei executive includ abilităţi de planificare, organizare, monitorizare şi evaluare, reflectând practic propria învăţare şi dirijând toate activităţile cognitive.

Prin urmare, consolidarea strategiilor metacognitive ajută elevii să-şi optimizeze procesul de învăţare, să-şi organizeze şi auto-regleze comportamentul spre direcţii obiective, devenind mai strategici, mai autonomi în gestionarea sarcinilor de învăţare şi rezolvarea de probleme, mai capabili în a-şi compensa punctele slabe de la nivelul celorlalte paliere şi a-şi îmbunătăţi rezultatele învăţării.

Posibilităţi de intervenţie asupra dimensiunii metacognitive a învăţării:

Tehnica gândirii cu voce tare

Presupune participarea activă a elevului în rezolvarea unei probleme sau realizarea unei activităţi, elevul fiind solicitat să explice modul de rezolvare a problemei, etapele parcurse, rezumarea şi sublinierea concluziilor cu idei proprii, încurajând, astfel, discuţiile libere.

Tehnica luării notiţelor

Are în vedere ascultarea, memorarea, scrierea şi revizuirea informaţiilor. Luarea notiţelor, în timpul unei expuneri implică abilitatea de a asculta, de a distinge între informaţiile importante şi cele mai puţin importante, parafrazarea unor informaţii şi sublinierea cuvintelor şi conceptelor cheie. Deşi unii elevi nu întâmpină probleme în luarea notiţelor, alţii solicită o implicare directă din partea profesorului, în special în identificarea cuvintelor cheie sau folosirea abrevierilor.

Cum funcţionează blocurile

Funcţionarea blocurilor are la bază principiul identificării punctelor tari, a acelor abilităţi care pot fi folosite pentru a îmbunătăţii performanţa şcolară şi a punctelor sau abilităţilor mai puţin conturate ce pot fi consolidate prin dezvoltarea şi implementarea programelor specifice de intervenţie educaţională. Nu toţi copiii sunt la fel şi prin urmare vom întâlni în practică cazuri dintre cele mai diverse. Spre exemplu, unii copii pot întâmpina dificultăţi în blocurile conceptuale ce implică sarcini legate de raţionament şi limbaj, având dificultăţi în înţelegerea şi exprimarea ideilor sau în rezolvarea de probleme, deşi, în mod paradoxal, pot memora cuvinte sau operaţii matematice destul de uşor. Dificultăţile întâmpinate constau însă, în aplicarea acestor abilităţi la problemele reale, de zi cu zi. Printr-un curriculum adaptat şi terapie logopedică prin care să înveţe să utlizeze anumite strategii, aceşti elevi îşi pot îmbunătăţi performanţa şcolară. Alţi elevi pot avea o bună bază conceptuală, dar dificultăţi de procesare a informaţiilor coroborate cu stimă de sine scăzută sau probleme emoţionale şi comportamentale ce conduc mai departe la motivaţie scăzută pentru învăţare şi în final la eşec şcolar. Este cazul copiilor cu tulburări de învăţare şi ADHD, care printr-o intervenţie specifică, intensivă şi de lungă durată îşi pot atenua problemele de învăţare.

Pentru a-i ajuta pe profesori să identifice şi să ofere o privire de ansamblu asupra punctelor tari şi punctelor slabe ale unui elev şi pentru a furniza o privire generală asupra abilităţilor legate de şcoală şi asupra comportamentului, se foloseşte un chestionar în care fiecărui construct (bloc) îi sunt atribuite întrebări de genul - pentru atenţie şi autoreglare : Pare elevul neatent sau impulsiv?, cu variante de răspuns: rar, câteodată, frecvent, sau pentru comportament - Întâmpină elevul dificultăţi în respectarea regulilor şcolii ?, variante de răspuns: rar, câteodată, frecvent.

Modelul piramidal şi teoriile inteligenţei

Teoria planificării, atenţiei, simultaneităţii şi succesiunii (PASS) este o teorie a inteligenţei care încearcă să definească planificarea, atenţia, simultaneitatea şi succesiunea proceselor psihice de bază, procese ce subliniază performanţa în ariile social, comportamental şi academic. Teoria are la bază cercetările lui A.R. Luria legate de funcţionalitatea creierului.

În teoria legată de funcţionalitatea creierului, Luria a avansat ipoteza conform căreia cele patru procese ale teoriei PASS (planificare, atenţie, simultaneitate şi succesiune) ar putea fi conceptualizate într-un cadru de trei unităţi ale creierului separate, dar legate funcţional, fiecare dintre aceste trei unităţi contribuind, împreună, la atingerea unui obiectiv specific. Astfel, fiecare formă de activitate conştientă reprezintă, în viziunea lui Luria, un sistem funcţional complex ce are loc datorită activităţilor combinate ale celor trei unităţi funcţionale ale creierului(atenţia concentrată, procesarea succesivă şi simultană, procesarea planificării), fiecare dintre aceste trei unităţi fiind asociate anumitor regiuni ale creierului.

Cele patru procese PASS se încadrează într-una dintre cele trei unităţi funcţionale.

Din punct de vedere neuropsihologic, prima unitate funcţională – atenţia concentrată prevede reglementarea excitării corticale şi a atenţiei; a doua unitate funcţională analizează informaţiile (folosind procese simultane şi succesive), iar a treia (de planificare) furnizează strategii de auto-monitorizare şi de control a activităţilor cognitive.

Conform teoriei lui Luria, prima dintre cele trei unităţi funcţionale ale creierului, sistemul de atenţie concentrată, este situat, în principal, în trunchiul cerebral, oferind creierului un nivel adecvat de vigilenţă, de atenţie selectivă şi directivă. Mai mult decât atât, putem afirma că această funcţie îndeplineşte un rol fundamental, deoarece numai atunci când indivizii sunt suficient de atenţi şi atenţia lor este concentrată în mod adecvat pot utiliza procesele din unităţile funcţionale a doua şi a treia (procesarea succesivă şi simultană, planificarea). Corespondentul acestor abilităţi în cadrul modelului piramidal abordat în acest subcapitol este reprezentat de blocul **atenţie şi autoreglare** din cadrul palierului fundamental.

O a doua unitate funcţională este asociată cu lobii occipital, parietal şi temporal ai creierului, fiind responsabilă pentru primirea, procesarea şi păstrarea informaţiei pe care o persoană o obţine din lumea exterioară, folosind procese succesive şi simultane.

Procesarea succesivă „implică informaţia care este organizată linear şi integrată într-un lanţ progresiv. Acest proces intervine atunci când un copil trebuie să aranjeze lucrurile într-o anumită ordine, în care fiecare element este legat de cel ce îl precede, dar stimulii nu sunt legaţi între ei. De exemplu, procesarea succesivă este implicată în decodarea unor cuvinte nefamiliare sau în producţia de cuvinte într-o anumită ordine ori în vorbirea articulată" (Mather şi Goldstein, 2008, pag. 39). Îndeplinirea unei comenzi ca, de exemplu, „George dă-ţi haina jos, puneţi ghiozdanul în bancă şi aşează-te pe scaun" necesită o procesare succesivă deoarece se cere ca activităţile şi ordinea să fie reamintite şi respectate. În concluzie, procesarea succesivă intervine ori de câte ori informaţia trebuie amintită şi completată într-o anumită ordine, fiind, din acest motiv, implicată în activităţi de decodare fonologică. Ea îşi găseşte corespondentul în blocurile fonologic, ortografic şi motor al modelului propus.

Procesarea simultană „reprezintă procesul mental care necesită integrarea unor stimuli separaţi într-un întreg. Este procesul ce implică integrarea stimulilor în grupuri astfel încât relaţiile care se stabilesc între componente să fie înţelese." (**Mather şi Goldstein**, 2008, pag. 39) .

Procesarea simultană poate fi folosită în rezolvarea unor sarcini cu conținut nonverbal și verbal, dacă cerința cognitivă a sarcinii necesită integrarea informației. Ca urmare a acestui fapt, ea stă, de obicei, la baza prelucrării și înțelegerii normelor gramaticale, deoarece necesită înțelegerea relațiilor dintre cuvinte si propoziții, astfel încât persoana să obțină sensul de bază al ideei exprimate. De asemenea, este necesară pentru a urmări o direcție: „Ia cartea de pe raftul stâng din dreapta ușii". Această direcție necesită înțelegerea relațiilor dintre diferite locații fizice, integrarea diferitelor părți ale direcției într-o singură sarcină și înțelegerea relațiilor logice și gramaticale. Blocurile legate de imagini, limbaj și strategii din cadrul modelului sunt similare procesării simultane.

A treia unitate funcțională, conform teoriei lui Luria, este asociată cu ariile prefrontală a lobilor frontali ai creierului și se ocupă cu *procesarea planificării*. Neuropsihologic, cortexul prefrontal joacă un rol central în formarea scopurilor și obiectivelor, în elaborarea unor planuri de acțiune necesare pentru a atinge aceste obiective. *Planificarea* selectează procesele cognitive necesare implementării planurilor, le coordonează și le aplică într-o ordine corectă fiind necesară în evaluarea acțiunilor ca succese sau eșecuri în funcție de obiectivele stabilite. Este procesul psihic ce ajută o persoană să reușească prin utilizarea de strategii și este absolut esențial pentru toate activitățile în care individul trebuie să stabilească modul de rezolvare al unei probleme.

Tabel 1. **Relația dintre procesele teorie PASS și Modelul Piramidal** (după **Mather și Goldstein**, 2008, pag. 40)

Procesele PASS	Descriere	Relația cu modelul piramidal
Planificarea	Planificarea este un mod de a gândi pe care o persoană îl folosește pentru a evalua o sarcină, selectează și dezvoltă o anume modalitate de a realiza ceva, monitorizează progresul și dezvoltă noi strategii, atunci când este necesar.	Atenția și autoreglarea; gândirea cu ajutorul strategiilor
Atenția	Atenția este un mod de gândire ce permite copilului să se concentreze pe un lucru și să ignore altele.	Atenția și autoreglarea
Procesarea succesivă	Procesarea succesivă este acel mod de gândire pe care îl folosește o persoană pentru a prelucra o informație aranjată într-o anumită ordine.	Procesarea fonologică; procesarea ortografică; procesarea motorie
Procesarea simultană	Procesarea simultană reprezintă acel mod de gândire ce permite unei persoane să asambleze diferite informații într-un tot unitar.	Gândirea cu ajutorul limbajului, imaginilor și strategiilor

Teoria Cattell – Horn – Carroll

Teoria inteligenței, după Cattell-Horn-Carroll, furnizează o descriere emipirică a inteligenței. În cadrul acestei teorii, abilitățile generale sunt abreviate cu G și reprezintă

abilităţi intelectuale, însoţite de unul sau mai multe litere mici ce denotă un anumit tip de capacitate. Teoria CHC include următorele abilităţi cognitive: înţelegerea cunoştinţelor (Gc), raţionament fluid (Gf), gândire vizual-spaţială (Gv), prelucrarea pe termen lung (Glr), procesarea auditivă (Ga), viteza de procesare (Gs), memoria de lucru şi pe termen scurt (Gsm).

Tabel 2. **Relaţia dintre abilităţile cuprinse în teoria Cattell-Horn-Carroll (CHC) şi Modelul piramidal al învăţării** (după Mather şi Goldstein, 2008, pag. 41)

Abilităţi CHC	Descriere	Relaţia cu modelul piramidal
Înţelegerea cunoştinţelor (Gc)	- abilitatea de a dobândi informaţii generale, vocabular şi noi cunoştinţe	Limbajul oral
Raţionament fluid (Gf)	- abilitatea de a raţiona, de a forma concepte şi a rezolva probleme care, de cele mai multe ori, implică informaţii şi proceduri nefamiliare	Gândirea cu ajutorul imaginilor; gândirea cu ajutorul strategiilor
Gândirea vizual-spaţială (GV)	- abilitatea de a percepe, analiza, sintetiza şi a gândi cu modele vizuale, inclusiv capacitatea de a stoca şi reaminti reprezentări vizuale	Gândirea cu ajutorul imaginilor
Prelucrarea pe termen lung (Glr)	- abilitatea de a stoca informaţii eficiente şi de a le prelua mai târziu prin asociaţii	Procesarea fonologică; procesarea ortografică
Procesarea auditivă(Ga)	- abilitatea de a analiza, sintetiza şi discrimina stimuli auditivi; legată, de asemenea, de gradul de conştientizare fonologică - capacitatea de a analiza, sintetiza şi manipula sunetele vorbirii	Procesarea fonologică
Viteza de procesare (Gs)	- abilitatea de a realiza automat sau simplu sarcini cognitive rapid şi eficient; abilitatea de a scana vizual eficient	Procesarea ortografică
Memoria de lucru si Memoria pe termen scurt (Gsm)	- abilitatea de a înţelege oral informaţia prezentată şi de a repeta imediat în câteva secunde (memoria pe termen scurt) - abilitatea de a păstra o informaţie în timpul efectuării unei operaţii mentale legate de informaţie (memoria de lucru)	Memoria pe termen scurt: procesarea fonologică. Memoria de lucru: procesarea fonologică, procesarea ortografică, gândirea cu ajutorul imaginilor, gândirea cu ajutorul strategiilor

Ce deosebire este între cele două teorii ?

Teoria CHC pune accentul pe interpretarea abilităţilor cognitive specifice şi pe înţelegerea modului în care aceste abilităţi sunt legate de performanţă, în timp ce teoria neuropsihologică a lui Luria subliniază modul în care copiii procesează informaţiile şi modul de rezolvare a problemelor. Atunci când evaluăm indivizi suspecţi de a avea tulburări de învăţare , ambele abordări sunt utile.

În mod cert, abilităţile umane sunt complexe, iar finalizarea unei sarcini poate implica numeroase suprapuneri, aptitudini şi abilităţi interactive pe care teoriile referitoare la inteligenţă şi modelele de performanţă nu le pot capta pe deplin. Dar, o înţelegere a abilităţilor esenţiale ne poate ajuta să apreciem diferenţele individuale în procesul de învăţare al elevilor.

7. ADAPTAREA CURRICULUMULUI ÎN EDUCAŢIA SPECIALĂ

Conceptul de „curriculum" a fost şi a rămas, până în prezent, unul dintre cele mai controversate şi mai ambigue concepte din teoria şi practica educaţională, fiind înţeles, utilizat şi operaţionalizat în cele mai diverse moduri.

Etimologic, termenul „curriculum" (la plural „curricula") provine din limba latină, unde îl întâlnim cu sensul de „drum", „alergare", „cursă", „fugă", de unde a rezultat şi semnificaţia contemporană „curriculum vitae", cu sensul mot-à-mot de „drum de viaţă", de carieră.

În domeniul educaţiei, termenul de curriculum este consemnat pentru prima dată în documentele universităţilor din Leiden (1582) şi Glasgow (1633) ca răspuns al autorităţilor statale la autonomia mare a universităţilor, iar prima lucrare lexicografică în care apare este "The Oxford English Dictionary " (OED) cu înţelesul de curs obligatoriu de studiu sau de instruire, susţinut într-o şcoală sau o universitate.

La începutul secolului XX, prin lucrarea „Copilul şi curriculum-ul "(1902) americanul John Dewey atrage atenţia asupra posibilelor erori de interpretare a conceptului, introducând sintagma „experienţă de învăţare" a copilului, organizată de şcoală alături de ansamblul disciplinelor şi subiectelor studiate în şcoală. Astfel, Dewey subliniază complexitatea curriculumului ca realitate educaţională dinamică şi ca proces interactiv între educator şi copil, avansând ideea unui curriculum centrat pe elev , care să-i permită acestuia din urmă să utilizeze în activităţile cotidiene ceea ce a învăţat la şcoală iar în activităţile şcolare, experienţele personale de zi cu zi. Se sugerează, astfel, că în sfera conceptului de „curriculum" să fie introduse nu numai informaţiile ci şi demersurile didactice de asimilare a acestora (**Bocoş şi Jucan**, 2010). „Curriculum reprezintă diferenţa dintre a învăţa greu şi a învăţa uşor" (John Dewey).

Pe fondul acestor idei, apare, în 1918, cartea lui Franklin Bobbit „The Curriculum", considerată prima opoziţie faţă de înţelesul tradiţional al conceptului. Bobbit redefineşte aria semantică a termenului incluzând *întreaga experienţă de învăţare a elevilor,* respectiv atât activităţile formale desfăşurate în cadrul şcolii, cât şi pe cele informale, desfăşurate în mediul extraşcolar, modul în care sunt planificate şi aplicate toate aceste activităţi în vederea realizării unei educaţii globale, integrate.

Mai târziu, acest punct de vedere este extins şi redefinit de Ralph Tyler, în 1949, odată cu publicarea cărţii „Basic Principles of Curriculum and Instruction", supranumită „Biblia curriculumului". Ralph Tyler este considerat primul pedagog care a elaborat o formulă modernă a teoriei curriculumului. În opinia lui Tyler, elaborarea curriculumului implică patru acţiuni, în următoarea ierarhie :

1) Formularea obiectivelor învăţării, adică a obiectivelor educaţionale ale procesului de învăţământ;
2) Selectarea experienţelor de învăţare şi a conţinuturilor cu valenţe formative, în funcţie de obiectivele educaţionale formulate;
3) Stabilirea metodologiilor de organizare a experienţelor de învăţare în funcţie de conţinuturile selectate;
4) Evaluarea rezultatelor activităţii de instruire.

În sistemul de învăţământ românesc, conceptul a fost abordat încă din 1980, însă utilizat frecvent cu sensul de programă. Abia după 1990, odată cu răspândirea primelor elemente de cultură curriculară, şi mai ales după 1997 odată cu lansarea reformei învăţământului, termenul a devenit mult mai răspândit şi mult mai corect utilizat însă, nici astăzi nu există o definiţie care să se bucure de o acceptare unanimă. Termenul este folosit în literatura pedagogică cu o mare diversitate de accepţiuni, putându-se, astfel, lesne constata că există atâtea definiţii câte texte despre curriculum s-au scris. Prin urmare, în acest subcapitol nu vom insista asupra definirii conceptului de curriculum, preferând să oferim doar accepţiunea legislativă. Astfel, potrivit legislaţiei în vigoare Curriculumul Naţional reprezintă: „ansamblul proceselor educative şi al experienţelor de învăţare prin care trece elevul pe durata parcursului său şcolar; ansamblul documentelor şcolare de tip reglator, în cadrul cărora se consemnează datele esenţiale privind procesele educative şi experienţele de învăţare pe care şcoala le oferă elevului." (HG nr. 231/ 2007).

Integrarea şcolară a elevilor cu nevoi speciale se realizează cel mai adesea prin adaptare curriculară şi/sau prin conceperea unui plan de intervenţie educaţională individualizat (PEI), în funcţie de particularităţile elevilor pe care dorim să-i integrăm: elevi ce prezintă numai tulburări de învăţare sau elevi ce prezintă suplimentar diverse deficienţe (deficienţă mintală, senzorială, fizică etc.). Dacă pentru prima categorie de elevi, care prezintă numai tulburări de învăţare, se poate recurge la introducerea unui program suplimentar la disciplinele la care întâmpină dificultăţi, curriculum obişnuit rămânând valabil pentru acest tip de copii, în cadrul celui de-al doilea grup , a celor ce prezintă diverse deficienţe, se recurge la alte modalităţi de adaptare a curriculumului.

După D.V. Popovici (2007, pag. 106), în cazul elevilor cu handicap, principalele modalităţi ce pot fi folosite în cadrul procesului de *adaptare curriculară* sunt:

1) extensia (în cazul în care potenţialul intelectual nu este afectat – de exemplu, copiii cu deficienţe vizuale sau fizice), adică prin introducerea unor activităţi suplimentare de compensare – recuperare, simplificare şi mixtă;
2) selectarea unor obiective din curriculum-ul general adresat copiilor normali, care pot fi atinse de copii cu C.E.S. în activităţi individuale variate;
3) accesibilizarea conţinutului curriculum-ului;
4) selectarea unor metode şi procedee didactice şi a unor mijloace de învăţământ preponderent intuitive care să ajute elevul cu C.E.S. să înţeleagă şi să interiorizeze conţinuturile predate în clasă;

5) folosirea unor metode şi procedee de evaluare prin care să se evidenţieze evoluţia şi performanţele elevilor nu numai în plan intelectual, ci mai ales în plan aplicativ (modalităţile de rezolvare a unor probleme tipice de viaţă, posibilităţile de comunicare şi relaţionare cu cei din jur etc.).

Astfel, după cum arată şi autorul citat , curriculumul pentru elevii cu handicap se modifică în două sensuri opuse: pe de o parte, se restrânge (reduce) atât sub raportul numărului disciplinelor de studiu, cât şi al conţinuturilor informaţionale ale acestor discipline, iar, pe de altă parte, curriculumul se amplifică prin introducerea unor activităţi suplimentare cu scop terapeutic-compensator (de pildă, kinetoterapie, terapia tulburărilor de limbaj, formarea autonomiei personale, terapie ocupaţională, stimulare cognitivă, ludoterapie etc.).

Bineînţeles, elementele esenţiale de care trebuie să se ţină seama în proiectarea curriculumului destinat elevilor cu handicap sunt tipul şi gradul deficienţei, experienţa practică demonstrând, de exemplu, că, în cazul elevilor cu *deficienţe severe şi/sau asociate* (polihandicap) este mai indicată instruirea lor în instituţii speciale, după un **curriculum propriu**, *bazat în special pe dobândirea unor competenţe de viaţă*, beneficiind de strategii de instruire adaptate nivelului lor de înţelegere, dar şi de programe de intervenţie personalizate care să contribuie la recuperarea în toate ariile de dezvoltare ale elevului cu handicap.

Un *model de curriculum, destinat copiilor cu handicap mintal sever*, bazat pe formarea autonomiei personale, a fost conceput de prof. univ. dr. Verginia Creţu, pe baza rezultatelor obţinute în activitatea didactică şi de cercetare pe copiii cu deficienţă mintală severă.

Programul propus vizează autonomia personală în activităţi zilnice, pornind de la argumentul conform căruia "îmbogăţirea instrumentală, în cazul copilului cu handicap mintal, nu se poate realiza decât pe un modul de cunoştinţe minimale, cu mare valoare adaptativă sau instrumentală (de facilitare a achiziţionării de noi cunoştinţe şi capacităţi)". **(Creţu, V.**, 2009, pag. 116):

I. Igiena corporală;
II. Alimentaţia;
III. Îmbrăcarea şi dezbrăcarea;
IV. Mersul la toaletă şi igiena eliminării;
V. Orientarea (spaţială şi temporală);
VI. Deplasarea în interiorul locuinţei (inclusiv transferul: a se culca, a se aşeza la masă, a se scula);
VII. Deplasarea în interiorul locuinţei (începând de la uşa de intrare, cu sau fără mijloace de transport);
VIII. Comunicare la distanţă (utilizarea mijloacelor de comunicare: telefonul, soneria ş.a.);
IX. Cumpărături;
X. Relaţii interpersonale şi sociale; Comunicare în situaţii de viaţă, în nişa de dezvoltare .

Pentru formarea conduitelor necesare realizării tuturor acestor activităţi, au fost incluse în cadrul programului exerciţii de învăţare perceptivă, de dezvoltare a proceselor

mnezice, gândirii şi limbajului. Spre exemplu, „formarea deprinderii de a se încheia la haină a fost corelată cu exerciţii de învăţare perceptivă: forma nasturilor, culoarea lor; dezvoltarea gândirii (mulţimea – numărul nasturilor, corespondenţe, nasturi – găici; succesiunea) şi direcţia mişcărilor, precum şi cu exersarea motricităţii fine şi a ideomotricităţii (încheie primul nasture de sus) ş.a". (**Creţu, V.**, 2009, pag. 117).

Astfel, pe baza acestui suport minimal, ce asigură formarea de achiziţii necesare autonomiei personale şi sociale a copilului cu handicap, „ se pot defini obiective vizând învăţarea perceptivă sau achiziţionarea de noi scheme de acţiune, ceea ce va conduce la acomodare, la paşi concreţi în cucerirea etapei gândirii preoperaţionale şi concret-operatorii" (**Creţu, V.**, 2009, pag. 118).

Un alt *model de curriculum destinat copiilor cu deficienţe severe şi profunde* este cel propus de o echipă de renumiţi specialişti români, în colaborare cu diverse asociaţii şi instituţii din ţară (RENINCO, UNICEF România, MEC, SSPH, ANPCA), studiu cuprins în lucrarea „Curriculum pentru copiii cu deficienţe (dizabilităţi) severe şi profunde", editat de Asociaţia Reninco România în colaborare cu Reprezentanţa UNICEF în România, în anul 2002. Este vorba de un curriculum axat pe abilităţi şi competenţe de bază, ce trebuie dezvoltate la copiii cu deficienţe severe şi profunde în cadrul procesului de învăţare. *Principalele abilităţi şi competenţe conţinute*, considerate fundamentale pentru dezvoltarea acestor copii, sunt :

I. *Abilităţi şi competenţe de bază*
- Comunicarea;
- Operaţiile logice, pre-aritmetice şi folosirea numărului;
- Folosirea mijloacelor tehnologice auxiliare şi a calculatorului;
- Lucrul în echipă;
- Evaluarea propriilor acţiuni;
- Rezolvarea de probleme.

II. *Abilităţi cognitive*
- Senzorialitate şi percepţie;
- Deprinderi cognitive elementare: predicţie, anticipare, rememorare, înţelegerea relaţiei cauză-efect, analiza şi sinteza elementelor, gândirea creativă şi imaginaţia.

III. *Alte deprinderi şi competenţe prioritare, cross-curriculare*
- Deprinderi psihometrice de bază: organizare şi orientare spaţio-temporală, schema corporală;
- Autonomie personală şi socială;
- Auto-control emoţional şi comportamental;
- Deprinderi de viaţă cotidiană;
- Deprinderi şi abilităţi de organizare şi petrecere a timpului liber.

Principalele *arii curriculare* ce stau la baza acestui curriculum sunt:
- *Educaţia senzorial-motrică primară;*
- *Educaţia cognitivă;*
- *Comunicare şi limbaj;*
- *Formarea autonomiei personale şi sociale (FAPS);*

- *Utilizarea calculatorului şi a echipamentelor auxiliare;*
- *Ştiinţe. Cunoaşterea mediului;*
- *Arte (Activităţi artistice).*

Fiecare arie din cele menţionate este structurată pe mai multe module vizând abilităţi şi competenţe diferite, fiecare modul fiind, la rândul său, structurat pe mai multe niveluri cu o dificultate crescândă. Vom exemplifica aria Educaţie senzorial-motrică primară, din „Curriculumul pentru copiii cu deficienţe (dizabilităţi) severe şi profunde", arie structurată pe 3 module:

I. *Educaţia senzorială motrică primară, cu nivelurile:*
- dezvoltarea mijloacelor de a obţine evenimente (efecte) dorite;
- urmărirea vizuală şi înţelegerea permanenţei obiectului;
- construirea relaţiilor spaţiale;
- dezvoltarea cauzalităţii operaţionale;
- dezvoltarea imitaţiei vocale şi gestuale;
- joc simbolic.

II. *Educaţia psihomotrică*, cu nivelurile:
- cunoaşterea şi dezvoltarea schemei corporale;
- lateralitatea;
- structurarea spaţială;
- orientarea temporală;
- elemente pregrafice şi grafism.

III. *Abilităţi manuale*, cu nivelurile:
- activităţi senzoriale şi psihomotrice pregătitoare;
- exersarea gesturilor manuale simple: lipire, tăiere, înşiruire etc.;
- construcţia după model şi reproducerea unui model;
- alcătuirea unor producţii proprii simple, folosind operaţiile învăţate.

În cazul copiilor cu *polihandicap*, profesorul Doru Vlad Popovici propune un model de curriculum bazat pe următoarele arii esenţiale: dezvoltarea fizică, dezvoltarea perceptuală, dezvoltarea personală/socială şi dezvoltarea intelectuală, zonele implicate fiind: mişcarea, independenţa, comunicarea, deprinderile cognitive, conştiinţa senzorială şi zona perceptual-motorie (**Popovici,** 2009, pag. 104).

Dezvoltarea fizică are ca obiective generale: remedierea, compensarea şi funcţionarea. În cadrul acestei arii, copilului îi va fi stimulată mobilitatea, deprinderile locomotorii, motricitatea fină şi grosieră, cu scopul contracarării disfuncţiilor datorate deficienţei, abilitatea de a interacţiona în mod spontan cu ceilalţi, de a controla şi manipula propriile activităţi, de a-şi forma o imagine corporală etc.

Dezvoltarea perceptuală are ca obiectiv general dezvoltarea abilităţilor perceptuale (în special, a auzului şi văzului) într-o cât mai mare măsură, astfel încât copilul să devină capabil să utilizeze la maxim informaţia obţinută din mediul înconjurător.

Dezvoltarea intelectuală are ca principale obiective stimularea proceselor cognitive în măsura în care copiii să înţeleagă şi să interacţioneze cu mediul în care trăiesc, stabilirea acelor mijloace de comunicare şi strategii de învăţare propice fiecărui copil, dezvoltarea abilităţii de a lua decizii adecvate în situaţii variate etc.

Dezvoltarea personală/socială are în vedere dezvoltarea emoţională a acestor copii, având ca obiectiv general dezvoltarea unei imagini şi a unei stime de sine pozitivă, a încrederii în sine, indispensabile unui participant activ în societate. Activităţile cuprinse în această arie vor urmări dezvoltarea abilităţii copiilor de a coopera şi participa la activităţi specifice grupurilor, de a lua decizii şi de a-şi asuma responsabilităţi, de a atinge un grad cât mai înalt de autonomie personală şi socială.

Din păcate, nici unul din modelele de curriculum pentru copiii cu deficienţe severe şi multiple, propuse de specialiştii români, nu a fost implementat în şcoli în mod oficial, ci poate doar fragmentar şi opţional, în funcţie de disponibilitatea cadrelor didactice, deşi cel puţin unul din ele şi-a dovedit eficienţa în multe şcoli speciale din afara ţării.

În cazul elevilor cu **deficienţe senzoriale şi fizice**, consideraţi normali din punct de vedere intelectual, adaptarea curriculară se realizează prin extensiune, adică prin introducerea în curriculum comun, destinat tuturor elevilor, a unor activităţi suplimentare specifice de tipul orientare spaţială şi mobilitate, educaţia văzului, activităţi de audiologie educaţională, limbaj mimico-gestual, tehnici alternative de comunicare etc., în scopul asigurării unei cât mai bune adaptări şcolare şi sociale.

În legătură cu *planificarea curriculară*, considerăm că şcolile ar trebui să vină în ajutorul copiilor cu CES prin accentuarea anumitor părţi din curriculum ce ar trebui să implice printre altele:

- dedicarea unui „timp suficient" acelor aspecte ale curriculumului care constituie priorităţi pentru elevi;
- tratarea anumitor părţi ale unei discipline în profunzime şi a altora mai lejer;
- concentrarea pe aspecte ale programei de studiu, care sunt esenţiale pentru nevoile elevilor;
- evidenţierea unor aptitudini ce necesită practică şi învăţare sistematică şi frecventă.

Integrarea şcolară a elevilor cu handicap în şcolile obişnuite, precum şi activităţile recuperativ-compensatorii s-au dovedit, de cele mai multe ori, insuficiente în lipsa unui curriculum funcţional, integrat şi adaptat, care să orienteze elevul cu deficienţe spre învăţarea/consolidarea unor cunoştinţe, priceperi, deprinderi, adică mai pe scurt spre competenţe cheie, de viaţă care să-l pregătească pentru viaţa de adult în societate. În cadrul acestui model de curriculum adaptat, funcţional şi integrat după principiul transdisciplinarităţii, ar trebui inclusă, pe lângă formarea de deprinderi şi competenţe instrumentale utile în viaţa cotidiană, şi formarea unor competenţe ce nu pot fi formate în întregime prin intermediul disciplinelor şcolare clasice (formale) ci într-un mediu instructiv bazat pe comunitate (de exemplu, deprinderile matematice pot fi consolidate consultând bugete contabile, calculând sumele necesare pentru achiziţii mai importante sau cititul poate fi consolidat prin activităţi de rutină, cum ar fi cititul unei reţete culinare sau a unor programe TV etc.). Printr-o astfel de instrucţie bazată pe aplicaţii frecvente în cadrul comunităţii şi subsumată unui curriculum funcţional, copilul cu handicap învaţă să treacă dincolo de textul manualelor şcolare sau de ceea ce le este predat la nivel teoretic,

însuşindu-şi o diversitate de lucruri practice, mult mai utile în viaţa cotidiană (**Popovici**, 2007).

Curriculum integrat presupune corelarea şi interrelaţionarea conţinuturilor, cunoştinţelor, competenţelor ce aparţin, tradiţional, unor discipline distincte, disparate, astfel încât învăţarea să devină una de tip experenţial, centrată pe rezolvarea de probleme specifice vieţii cotidiene. Principalele argumente psihopedagogice în favoarea dezvoltării şi abordării unui astfel de curriculum sunt multiple: dezvoltarea exponenţială a cunoaşterii, prin oferirea de perspective multiple; identificarea mai uşoară a relaţiilor dintre idei, concepte, temele abordate, adică creşterea posibilităţii de transfer intuitiv din plan cognitiv în plan acţional-comportamental; formarea unui mod de gândire flexibil, dinamic şi multidimensional, o perspectivă holistă (lucru deloc uşor de realizat în cazul elevilor cu deficienţă mintală, având în vedere rigiditatea, mobilitatea redusă a gândirii debilului mintal ce limitează transferul funcţional de informaţii) ; permite raportarea la experienţele de viaţă ale elevului; favorizează învăţarea prin cooperare; se raportează la problemele lumii reale, ceea ce duce la o creştere a interesului şi a motivaţiei pentru învăţare şi rezolvarea de probleme.

Lucian Ciolan (2008, pp. 119-135) identifică, „în funcţie de ce anume vrem să integrăm (cunoştinţe, metode de lucru, competenţe etc.) şi cât anume dorim să integrăm", următoarele niveluri de integrare curriculară:

Monodisciplinaritatea / intradisciplinaritatea este nivelul centrat pe discipline de studiu independente, singulare, integrarea la acest nivel realizându-se, în opinia autorului menţionat, prin două moduri:

- prin *inserţie*, adică prin introducerea în structura unei discipline a unui fragment de conţinut care să ajute la o mai bună înţelegere a temei supuse studiului (de exemplu, la Cunoaşterea mediului – Animale pe cale de dispariţie, inserţia unui fragment referitor la dispariţia dinozaurilor pentru o cât mai bună cunoaştere a factorilor ce au condus la dispariţia diferitelor specii)
- prin *armonizarea* unor fragmente de conţinut din cadrul unei discipline de studiu, ce sunt aparent independente, în scopul unei mai bune înţelegeri a temelor (exemplu: armonizarea în cadrul disciplinei Geografie a unor teme precum, Poluarea mediului, Ploile acide, Circuitul apei în natură).

În cazul *multidisciplinarităţii sau pluridisciplinarităţii*, tema de studiu aparţinând unei discipline independente este supusă analizei din perspectiva mai multor discipline (de exemplu, Poluarea mediului este o temă ce poate fi tratată atât din perspectiva geografiei, cât şi a chimiei sau ecologiei) .

După L. Ciolan (2008), *interdisciplinaritatea* presupune „o intersectare a diferitelor arii disciplinare", ignorarea limitelor stricte ale disciplinelor.

„Ideea de bază a interdisciplinarităţii constă în faptul că, pe de o parte, aparatul conceptual şi metodologic al multor discipline este utilizat în interconexiune pentru a examina o temă, o problemă, dar mai ales pentru a dezvolta competenţe integrate/

transversale/cheie/cross-curriculare. Pe de altă parte, la nivel interdisciplinar apar deja transferurile metodologice şi conceptuale dintr-o disciplină în alta" (**Ciolan**, 2008, pag. 126).

Dar, pe lângă transferurile metodologice şi conceptuale de la o disciplină la alta, interdisciplinaritatea mai presupune şi colaborarea cadrelor didactice ce predau la aceaşi clasă, în echipe interdisciplinare, asigurând, astfel, curriculumului un caracter deschis.

Un exemplu de temă abordată interdisciplinar este ilustrat în figura 1.

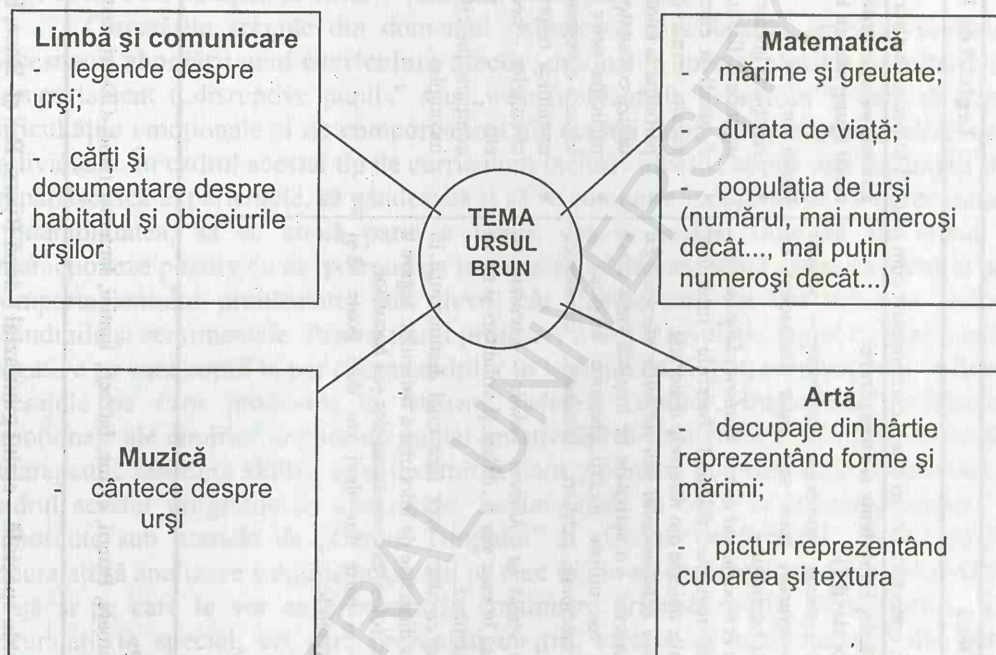


Fig. 2. **Harta disciplinară a temei „Ursul brun" – disciplina *Cunoaşterea mediului*, ciclul primar** (după **Erickson**, 2002, pag. 78)

În tabelul de mai jos este redată schema de lucru în perspectivă interdisciplinară a unei lecţii despre Electricitate, la disciplina Fizică, ciclul gimnazial, la o şcoală specială din Anglia. După cum se poate observa, lecţia a fost concepută în aşa fel încât elevul cu deficienţă mintală să experimenteze situaţii practice de învăţare, să se confrunte cu probleme reale, să beneficieze de suport intuitiv şi/sau descriptiv pentru majoritatea noţiunilor legate de electricitate, astfel încât, la final, el să fie capabil să realizeze, în plan mintal, analogii, comparaţii, reconstrucţii.

<table>
<tr><td>Titlul temei: Electricitate</td><td>Disciplina: Fizică</td><td>Legături cu: Desen tehnic şi Tehnologie</td></tr>
<tr><td colspan="3">Obiectivul :
Elevii trebuie învăţaţi despre circuitele ce implică baterii, conectări, becuri şi alte componente; cum poate fi folosit un beţişor pentru a rupe un circuit.</td></tr>
<tr><td>Obiective
(Ce doresc să înveţe elevii ?)
Elevii ar trebui să înveţe:
▪ că se pot întâmpla evenimente senzoriale; să răspundă la evenimente senzoriale; să se concentreze pe evenimente senzoriale;
▪ că sunetele şi luminile se pot schimba – on/off; tare/mai incet; luminos/obscur;
▪ că evenimetele se petrec în timp – “Acum este on/off”;
▪ că evenimentele se petrec în spaţiu şi timp – “Priviţi aici”;
▪ că schimbări ale sensului pot fi folosite pentru a controla evenimente;
▪ că becurile, bateriile şi conectările pot fi legate pentru a realiza circuite complete şi incomplete;
▪ să construiască circuite funcţionale cu becuri, baterii ;
▪ să “numească” (semn, simbol) surse de sunet, lumină şi mişcare.</td><td>Activităţi cheie, Experienţe şi Organizare
(Ce vor face elevii ?)
Vor utiliza camere întunecate /luminate – sesiuni regulate în grupuri mici sau chiar individual de investigare a luminilor.
Vor explora echipamentul în sau în afara clasei/şcolii – demonstraţii regulate folosind bateriile jucăriilor, lanterne şi alte obiecte din resursele materiale.
Vor compara echipamentul sau jucăriile electrice cu cele non-electrice – o activitate ce implică toată clasa în care se vor utiliza: jucării electrice, clopoţei şi sonerii, proiectoare, chitări, lumânări, ceasornice mecanice etc.
Vor face o vizită la “Muzeul Tehnic”- excursie cu întreaga clasă în care vor fi incluşi şi voluntari şi se va folosi un microbuz.
Vor construi circuite – vor face mici demonstraţii în faţa cadrelor didactice de înlocuire a bateriilor, legare a conexiunilor, folosirea comutatoarelor şi a becurilor.
Extindere – o parte din elevi vor dori poate să-şi deseneze circuitele.</td><td>Evaluarea oportunităţilor (Cum vom şti când elevii ajung sau nu la progres ?)
Elevii vor:
▪ reacţiona la efecte senzoriale: becuri, aprindere, flashuri, sonerie, mişcare etc.
▪ fi atenţi la efectele senzoriale – vor privi, asculta, urmări etc
▪ participa la controlarea evenimentelor – vor utiliza comutatoarele
▪ participa activ la realizarea circuitului – legarea componentelor
▪ comunica răspunsurile în cazul schimbării circuitelor – becurilor, luminilor, soneriilor etc.
▪ compara un circuit complet cu un circuit incomplet .</td></tr>
<tr><td colspan="3">Resurse
(De ce voi avea nevoie să folosesc – ce este disponibil ?)
Jucării cu comutator, jucării pe baterii, becuri, prelungitoare, baterii, cleme, buzzeri, lumini, lanterne, radio, CD-uri, tastatură, surse de lumină non-electrică.</td></tr>
</table>

Tabel 3. **Lecţie interdisciplinară – Şcoala specială – ciclul gimnazial** (după **Byers, R.,** şi **Rose, R.,** 2004, pag. 57)

Ultimul şi cel mai înalt nivel de integrare a curriculumului, înglobând toate nivelurile anterioare, decompartimentând, progresiv, disciplinele de studiu implicate, mergând până la fuziune îl reprezintă *transdisciplinaritatea*. Abordarea transdisciplinară a curriculumului presupune o abordare globală, totală şi comprehensivă atât a conţinuturilor, cât şi a metodelor şi tehnicilor de instruire, fiind centrată, în principal, pe tratarea problemelor „de viaţă", semnificative, ce apar în contextul cotidian al celui care învaţă, dezvoltând competenţe pentru viaţă şi mai puţin achiziţii şcolare, de cunoaştere. Întregul demers transdisciplinar gravitează în jurul întrebării: „Cum îi putem învăţa pe elevi să fie buni cetăţeni în viitor?" (**Ciolan**, 2008, pag. 131).

Cercetările recente din domeniul psihologiei şi educaţiei speciale subliniază necesitatea abordării unui **curriculum afectiv**, destinat în special elevilor cu tulburări de comportament („disruptive pupils" sau „with problematic behaviour"), care să trateze dificultăţile emoţionale şi de comportament ale acestor copii din perspectiva diversităţii individuale. În cadrul acestui tip de curriculum inclusiv afectiv, copiii sunt încurajaţi să-şi împărtăşească experienţele, să gândească şi să se comporte independent, să-şi recunoască vulnerabilitatea, să se simtă parte a lumii, dar în acelaşi timp să fie ajutaţi să interacţioneze pozitiv cu ea, pornind de la ideea că odată cunoscută cauza ce a stat la baza comportamentului problematic atât elevii, cât şi profesorii îşi vor schimba reciproc atitudinile şi sentimentele. Pentru mulţi profesori a fost o revelaţie faptul că sentimentele negative pe care copiii le pot cauza adulţilor în legătură cu ei, pot, neintenţionat, influenţa mesajele pe care profesorii le transmit, adesea, copiilor. Înţelegerea problemelor emoţionale ale copiilor implică nu numai îmbunătăţirea abilităţilor terapeutice de predare (therapeutic teaching skills), ci şi instituirea unor programe de intervenţie terapeutică. În cadrul acestor programe de intervenţie, implementate în SUA la începutul anilor '90, cunoscute sub numele de „Cercul Timpului" şi „Cercul de Prieteni", copiii au fost încurajaţi să analizeze soluţiile la situaţii pe care toţi le-au experimentat cel puţin o dată în viaţă şi pe care le vor experimenta în continuare: tristeţea, furia, dezamăgirea, fiind încurajaţi, în special, cei care prezentau un risc crescut de marginalizare din partea comunităţii.

Un model de curriculum afectiv este cel propus de Ann Vernon, bazat pe Terapia Raţional-Emotivă şi Comportamentală, dezvoltată de Abert Ellis (The Passport Program. A journey through Emotional, Social, Cognitive and Self-Development, 1998) prin care elevii sunt ajutaţi să-şi dezvolte strategii eficiente de coping, abilităţi de relaţionare, de apreciere corectă a situaţiilor şi de analiză a greşelilor, de rezolvare de probleme şi de luare a deciziilor, de depăşire a stării de anxietate produsă de stresul cotidian şi şcolar.

O astfel de curriculă developmentală, comprehensibilă, cu caracter preventiv, cuprinde activităţi secvenţiale organizate pe patru arii: Dezvoltare personală; Dezvoltare emoţională; Dezvoltare socială şi Dezvoltare cognitivă. Fiecărei arii îi sunt alocate patru activităţi diferite, de genul: Doar unul e ca mine (Dezvoltare personală); Sentimente grozave (Dezvoltare emoţională); Construim prietenii (Dezvoltare socială); Ce ar trebui să fac ? (Dezvoltare cognitivă). Fiecare dintre aceste activităţi conţine informaţii despre perspectiva developmentală; obiectivele specifice, materialele didactice, procedura – lecţia pas cu pas, întrebări de conţinut şi de personalizare şi, în final, activităţi de follow-up pe care elevii le pot desfăşura acasă, în afara programului şcolar. Pentru o bună

înțelegere a acestei curricule, a sănătății emoționale, vom descrie, spre exemplificare, activitatea Sentimente grozave din cadrul ariei Dezvoltare emoțională.

- *Perspectiva developmentală* subliniază rolul afectivității, caracterul ei fragil și vulnerabil în perioada de dezvoltare a copilului, modul în care unele experiențe noi pot conduce la anxietate și nesiguranță sau, din contră, la emoții pozitive și sentimente de siguranță.

- *Obiectivele specifice* acestei activități sunt din perspectiva autoarei Ann Vernon:

1) identificarea emoțiilor pozitive;

2) dezvoltarea unui vocabular emoțional.

- Ca *materiale didactice*, se pot folosi seturi de cartonașe cu sentimente grozave (de exemplu, mândru, fericit, entuziast, calm, vesel, extraordinar), o tablă de scris, cutii de carton pentru fiecare copil în parte.

În decursul *desfășurării activității*, copiii, coordonați de profesor, vor discuta despre semnificația fiecărui cuvânt scris pe cartonaș, profesorul având sarcina de a scrie pe tablă fiecare cuvânt adus în discuție, astfel încât copiii să poată să le recunoască atunci când sunt întrebați. După această secvență, copiilor li se vor citi scenarii cu sentimente grozave, de tipul "Este ziua ta de naștere și ai invitat câțiva colegi, prieteni și vecini la petrecerea ta. Știind că îți dorești de mult timp un cățeluș, mama ți-a cumpărat cadou un pui".

- Urmează, apoi, *discuțiile cu întrebări de conținut*: Ce sentimente a experimentat fiecare sau enumerați câte sentimente pot fi experimentate pentru fiecare situație ? Astfel, fiecare copil va alege din setul de cartonașe pe acela care descrie cel mai bine modul în care s-a simțit în acea situație, cartonașele fiind apoi introduse în cutiile de carton.

- În cadrul activității *Follow-up*, copiii sunt rugați să continue acest tip de activitate și acasă, introducând în cutii ori de câte ori experimentează un lucru pozitiv cartonașul cu sentimentul aferent.

Implementarea în practica românească a învățământului special a unui astfel de curriculum developmental, ar conduce cu siguranță la rezultate pozitive, cunoscându-se faptul că eșecurile repetate pe care le înregistrează de multe ori copiii cu handicap generează anxietate, neliniște, sentimente de inutilitate adâncind, astfel, labilitatea afectivă. În cadrul unor astfel de activități, elevii cu handicap ar putea fi învățați atât strategii raționale de coping cu scopul de a minimaliza distresul emoțional, experimentat de-a lungul timpului, cât și reguli de bază, privind respectul pentru opiniile altora sau confidențialitatea, toate aceste tipuri de activități desfășurându-se sub formă de consiliere de grup.

Să nu uităm că școala trebuie să fie utilă copiilor nu numai în formarea unui bagaj de cunoștințe teoretice, ci și în dezvoltarea unei personalități, a unor abilități socioemoționale necesare pentru a decide pentru propria viață, pentru a face față provocărilor vieții. În afară de nevoile fundamentale de supraviețuire - hrană, somn, căldură, siguranță, odihnă există și nevoi relaționale: nevoia de a se simți iubit, ascultat, valorizat, de a se exprima și de a putea influența mediul. Școala, de fapt, trebuie să aibă drept scop formarea de persoane cu resurse adaptative la solicitările sociale și psihologice ale vieții. Din păcate, însă, învățământul special și integrat românesc a ocolit de multe ori esențialul, bazându-se în continuare, pe metode de predare învechite, programe școlare

controversate și greoaie, manuale inexistente, cadre didactice insuficiente, demotivate și de multe ori lipsite de profesionalism.

Integrarea educațională a elevilor cu nevoi speciale (cu precădere a elevilor cu deficiențe severe) se realizează atât prin adaptare curriculară, cât și prin *realizarea și dezvoltarea de Planuri educative individualizate (PEI)*. PEI are ca obiectiv final recuperarea în ariile de dezvoltare ale copilului, scopul principal fiind acela de a înregistra toate strategiile ce trebuie folosite pentru a-i permite elevului să progreseze în domenii de învățare care sunt de relevanță directă pentru individ. Primul principiu ce stă la baza dezvoltării PEI este că acesta ar trebui să se concentreze asupra evoluțiilor pozitive de învățare și realizare ale elevului, iar, în al doilea rând, ar trebui să se concentreze pe aspecte adiționale sau diferite față de cele prevăzute pentru toți elevii, prin intermediul curriculumului diferențiat. Un PEI ar trebui să includă informații despre:

1. obiectivele de învățare stabilite pe termen scurt pentru, cu sau de către elev ;
2. strategiile de intervenție ce pot fi utilizate pentru a aborda obiectivele;
3. orice activitate specială care urmează să fie pusă în aplicare pentru a sprijini învățarea;
4. criteriile de progres, care vor permite specialiștilor și elevilor să emită judecăți despre momentul când obiectivele au fost îndeplinite;
5. rezultatele obținute de către elev, ce sunt înregistrate în mod oficial, atunci când PEI este revizuit;
6. data la care PEI va fi revizuit.

De regulă, un PEI ar trebui să fie formulat scurt și extrem de concentrat, adică să conțină, în total, cel mult trei sau patru obiective individuale, concepute în așa manieră încât să răspundă nevoilor copilului și să se adreseze unor arii cheie în învățare și dezvoltare: comunicare, socializare, limbaj, autoservire. Stabilirea obiectivelor ar trebui să se realizeze pe termen scurt într-o formă măsurabilă și în termeni comportamentali. În mod ideal, obiectivele ar trebui revizuite cel puțin de două ori pe an sau chiar mai frecvent, deși pentru unii elevi este dificilă stabilirea unor obiective țintă pentru o perioadă mai mică de jumătate de an.

Obiectivele stabilite în cadrul PEI trebuie să respecte cerințele exprimate prin sintagma SMART:

Specifice (**Specific**)

- să se adreseze unui elev în mod particular;
- să fie legate de evaluările anterioare;
- să conțină informații suplimentare și prioritare evitându-se repetarea inutilă a unor obiective formulate anterior.

Măsurabile (**Measurable**)

- să fie stabilite în termeni bine definiți, în rezultate observabile, astfel încât să observăm progresele noi, semnificative și să știm atât noi specialiștii, cât și elevii când obiectivele au fost atinse.

Realizabile (**Achievable**)

- obiectivele trebuie formulate realist, adecvate nivelului de dezvoltare și vârstei copilului, în funcție de abilitățile existente, timpul de încadrare și resursele existente. Selectarea acelor obiective pe care copilul are cele mai mari șanse să le atingă.

Relevante (**Relevant**)

- să se adreseze unor domenii prioritare de învăţare, fiind concepute cu scopul de a satisface nevoile reale pe parcursul curriculumului. Alegerea acelor obiective ce se constituie ca bază pentru alte activităţi importante: reducerea comportamentelor problematice, dezvoltarea autonomiei personale etc.

Limitate în timp (**Time-limited**)

- stabilesc termenul de revizuire;
- în cazul în care obiectivele au fost atinse la termen , ce urmează după.

Strategiile de intervenţie, ce pot fi utilizate pentru a aborda obiectivele, pot fi interdisciplinare (psihologice, psihopedagogice, medicale), fiind stabilite în funcţie de gradul şi forma deficienţei.

Abilităţile susceptibile de a necesita abordări individuale şi care pot constitui domenii prioritare de învăţare pentru elevii cu nevoi speciale sunt:

- abilităţi de comunicare, utilizarea tehnologiei asistive ori sisteme ce implică obiecte reale, fotografii, imagini şi simboluri;
- abilităţi practice de numărare, relevante pentru viaţa de zi cu zi;
- utilizarea tehnologiei informaţiei şi comunicării în sprijinul dezvoltării senzoriale, comunicare, mobilitate, independenţă în şcoală şi în afara ei ;
- abilităţi de cooperare, interacţiune, socializare, de a lucra cu alte persoane, inclusiv membri ai personalului sau cu colegii;
- abilităţi de soluţionare a problemelor de la înţelegerea de cauză şi efect până la competenţe în anticipare şi predicţie, participare la grupuri de activităţi axate pe rezoluţii creative, imaginative şi de colaborare;
- abilităţi în orientarea fizică şi mobilitate, inclusiv competenţele de poziţionare fină şi mişcare a întregului corp, de coordonare, mobilitate independentă şi utilizarea de ajutoare;
- abilităţi de îngrijire personală, inclusiv a se îmbrăca / a se dezbrăca, a mânca şi a bea, utilizarea toaletei şi igiena personală;
- abilităţi de viaţă, de zi cu zi, de întreţinere a mediului de acasă, prepararea produselor alimentare, utilizarea instalaţiilor sanitare, posibilităţi de petrecere a timpului liber şi recreere;
- abilităţi de auto-gestionare a comportamentului, inclusiv a comportamentului social ori comportamente ce provoacă personalul didactic – conflictual, distructiv;
- abilităţi de gestionare a emoţiilor, ce rezultă din schimbările, pierderile, frustrările, anxietăţile sau perioadele de tranziţie, cum ar fi adolescenţa.

În elaborarea unui PEI este necesară o *colaborare multidisciplinară* între specialiştii care lucrează direct cu copilul, dar şi implicarea părinţilor, îngrijitorilor, susţinătorilor de drept şi chiar a elevilor întrucât numai în acest mod intervenţia poate fi unitară şi eficientă, în ciuda faptului că implicarea unor elevi cu nevoi educaţionale speciale ar prezenta o serie de provocări suplimentare (de exemplu, dificultăţile la nivelul limbajului şi comunicării). Implicarea elevilor cu nevoi speciale în realizarea PEI ar reprezenta un câştig considerabil în independenţa acestora, dar şi în dezvoltarea capacităţii de a lua decizii în cunoştinţă de cauză.

Abilităţi	Obiective generale	Obiective pe termen scurt	Dovezi posibile de progres (Cum ştim dacă obiectivele au fost atinse)
Personale	Să-şi dezvolte capacitatea de a concepe şi exprima opţiuni.	În 3 luni, Luca va învăţa să facă alegeri potrivite într-o varietate de contexte, ex:: să aleagă între a mânca un biscuit sau a bea un pahar cu suc, arătând mai întâi cu degetul fotografia aferentă.	Indică alegerea sucului, la gustare sau a desertului, la masa de prânz. Selectează un instrument dintr-o cutie ce conţine o serie de instrumente. Trece de la activităţile cu nisip la activităţi de colorare atunci când i se acordă posibilitatea de a opta pentru mai multe activităţi. Alege între o băutură sau biscuiţi, indicând spre fotografia reprezentativă.
Sociale	Să-şi dezvolte abilităţile sociale.	Până la serbarea de Ziua Mamei, Luca îşi va îmbunătăţii abilităţile de interrelaţionare prin participarea la mai multe activităţi de echipă şi de grup.	Rostogoleşte o minge sau împinge o maşină înainte şi înapoi, atunci când îi vine rândul într-un joc. Pasează o pălărie la o persoană numită într-un grup de mici dimensiuni. Se ţine de mână cu ceilalţi colegi în cursul unor activităţi de mişcare sau muzică.
Sănătate, igienă personală, siguranţă	Să-şi dezvolte independenţa prin auto-ajutor şi abilităţi de îngrijire personală.	Până la sfârşitul semestrului, Luca îşi va însuşi abilităţi de auto-sprijinire în aspecte familiare de rutină : îngrijire personală, hrănire, îmbrăcare.	Se hrăneşte destul de independent, folosind în mod curent lingura. Bea în mod independent dintr-o ceaşcă. Ştie să se dezbrace de majoritatea hainelor : jachetă, pantaloni. Ştie să-şi scoată şosetele.
Strategii	Strategiile ce vor fi utilizate pentru a sprijini realizarea obiectivelor vor include: predare individuală, muncă în echipă, activităţi în grupuri mici, prompturi verbale şi vizuale, activităţi practice şi de coaching.		
Resurse	Personalul didactic, colegi de clasă, pictograme.		

Tabel 4. **Model parţial de Plan educativ individualizat** (PEI) (adaptare după **Byers, R., şi Rose, R.**, 2004)

Actualmente, în educația specială din România s-au impus nenumărate modele de planuri educative individualizate, însă ce am remarcat noi este că multe planuri educative individualizate sunt scrise într-o manieră formală, obiectivele fiind formulate foarte general şi nu sunt măsurabile, astfel încât este foarte dificil de evaluat progresul copilului. Prin urmare, propunem, în continuare, spre exemplificare, o secțiune dintr-un model de PEI folosit pentru copiii cu deficiențe severe.

Este important să realizăm faptul că discuțiile despre cum ar trebui să fie predate disciplinele nu vor fi mereu concluzive. Se poate, de exemplu, să se predea matematica printr-o abordare modulară într-o disciplină sau prin scheme de lucru integrate în altă disciplină. Utilizând ambele abordări, de-a lungul timpului, cu acelaşi grup de elevi, poate avea numeroase avantaje. Folosirea unei varietăți de abordări sugerează faptul că nevoile de învățare ale unui număr mai mare de elevi vor fi satisfăcute. Este evident faptul că, unii elevi învață mai bine într-o situație decât în alta. Oferind o combinație echilibrată de metode de învățare, îi va ajuta pe elevi să-şi consolideze modul de învățare, aplicând acest lucru în mai multe contexte.

Reforma învățământului şi implicit *reforma curriculară – ca nucleu central al reformei* - a condus la conturarea a trei mari direcții strategice de schimbare curriculară. După **Mariana Rodica Niculescu** (2000, pp. 183-187), acestea sunt: schimbarea de sus în jos (Top-Down Strategies), de jos în sus (Bottom-Up Strategies) şi de la mediu în sus (Middle-UP Stratgeies). În cele ce urmează, vom explica şi comenta, pe scurt, strategiile semnalate de autoare.

Prima strategie este **schimbarea de sus în jos** (Top-Down Strategies) care presupune realizarea designului integral al curriculumului numai la nivelul forumului superior al ierarhiei sistemului educațional, adică numai de către experți, indiferent de nivelul lor de expertiză, profesorii jucând doar rolul de practicieni sau aplicanți ai curriculumului primit. Avantajul acestei strategii este că printr-o astfel de metodă se asigură curriculumului un caracter unitar, continuu şi sistematic, iar principalul dezavantaj îl constituie tocmai lipsa de experiență a acestor experți în ce priveşte problemele concrete, cotidiene atât ale şcolii, cât şi ale elevilor, dezavantaj ce conduce , în final, la realizarea unui curriculum şablon.

Schimbarea de jos în sus (Bottom-Up Strategies) a avut-o ca promotoare pe Hilda Taba (1962) şi are în vedere realizarea schimbării curriculare de la nivelul şcolii , de la profesori, de la baza ierarhiei sistemului. Astfel, fiecare profesor are libertatea de a-şi planifica singur activitatea, de a-şi evalua problemele, de a găsi singur cele mai bune soluții. Avantajul acestei strategii ar fi gradul înalt de motivare din partea cadrelor didactice, iar dezavantajul ar consta în schimbarea mentalității profesorilor, schimbare care, de cele mai multe ori cere timp, dar şi nivel de abordare calitativ inferior.

Schimbarea de la nivel mediu în sus (Middle-UP Stratgeies) a fost propusă ca reacție la limitările strategiilor anterioare, opunându-se atât schimbării totalitare, la nivelul tuturor şcolilor, cât şi schimbării particulare în funcție de nevoile individuale ale profesorilor. Modelul propune ca soluție optimă stimularea schimbului de informații şi de opinii despre şcoală şi mediul în care funcționează şcoala, la nivelul întregului personal din educație, profesori şi experți.

În România, s-a adoptat, cu precădere, modelul „de sus în jos", coroborat, acolo unde specificul şcolii, interesele şi opțiunile elevilor au cerut-o, cu varianta de la „mediu

în sus", asigurând astfel curriculumului atât o unitate, cât şi o adaptare sau diferenţiere în funcţie de cerinţele educaţionale ale elevilor. Cu toate acestea, atât în învăţământul special şi integrat, cât şi în învăţământul de masă persistă încă probleme serioase legate de reforma curriculară, din care am putea enumera doar câteva legate de învăţământul special:

- lipsa manualelor şcolare speciale (cele care mai există sunt uzate nu numai „moral", ci şi fizic), cele mai importante instrumente de lucru pentru elevi, adaptate specificului deficienţei elevului. În multe şcoli speciale, destinate elevilor cu deficienţă mintală, se folosesc, în lipsa unei alte alternative, manuale destinate elevilor normali decalate, însă, cu câţiva ani, în funcţie de gradul şi forma deficienţei. După cum ştie, sau ar trebui să ştie orice pedagog, manualul este un material, o carte destinată studiului independent şi teoretic, şi trebuie conceput în aşa manieră încât să poată suplini parţial sau total profesorul. Prin urmare, în lipsa unor manuale adaptate specificului deficienţei, nu ştim cum ar putea elevul deficient mintal să realizeze şi să aprofundeze sarcinile de învăţare;
- lipsa de corelaţii interdisciplinare între conţinuturile predate, care să favorizeze transferuri operaţionale de idei, situaţii, metode etc;
- transmiterea de informaţii, predominant prin metode tradiţionale de predare, printr-un verbalism excesiv ce favorizează învăţarea reproductivă şi mai puţin învăţarea practică;
- lipsa de relevanţă a conţinuturilor programelor şcolare raportate la viaţa reală, la experienţele zilnice ale elevului;
- netratarea diferenţiată a şcolarilor cu handicap;
- lipsa de stimulare şi de motivare a elevilor prin metode moderne, interactive, activ-participative, nefavorizarea învăţării prin cooperare.

8. DESIGNUL CURRICULAR UNIVERSAL ÎN SERVICIUL INCLUZIUNII ŞCOLARE

Realităţile europene au demonstrat că rezolvarea reală şi durabilă a problemelor cu care se confruntă persoanele cu handicap nu se poate realiza decât pe baza respectării unor principii fundamentale, subsumate filosofiei sociale a drepturilor omului. Raportarea la drepturile inalienabile şi nenegociabile ale Omului, asa cum sunt înscrise în „Declaraţia Universală a Drepturilor Omului a Organizaţiei Naţiunilor Unite, în Convenţia Europeană a Drepturilor Omului, în constituţiile naţionale, precum şi în documente juridice specifice (Convenţia privind Drepturile Copilului, Regulile Standard privind Egalizarea Şanselor pentru Persoanele cu Handicap), a devenit un imperativ pentru proiectarea şi susţinerea politicilor educaţionale şi sociale. Pedagogia secolului XX a demonstrat că, marea problemă a societăţii şi educaţiei o reprezintă transpunerea marilor idealuri universale în viaţa cotidiană. În promovarea valorilor nondiscriminării, ale egalităţii în drepturi şi ale şanselor egale, a tuturor valorilor unei societăţi democratice, în care demnitatea fiecăruia este respectată şi protejată, educaţia are un rol hotărâtor. Prin educaţie, drepturile omului trec, din documentele universale, din Constituţie, din analele de drept şi se interiorizează în spirite, în limbajul comun, în obişnuinţele individuale (Moscovici S. 1997). Respectarea celuilalt, recunoaşterea valorii diversităţii umane, „diferiţi dar egali", efortul

comun în activitățile dintr-o societate democratică nu se pot obține decât prin educație în comun, prin cunoașterea celuilalt, în aceleași situații educaționale și de viață. ***Școala incluzivă*** este instituția și realitatea educațională menită să asigure fiecărui copil, fără deosebire de sex, rasă, vârstă, clasă socială și deficiență: a. dreptul fundamental la educație în școlile obișnuite, la orice nivel, alături de copiii de vârsta sa; b. sisteme și programe educaționale proiectate și implementate, pe baza recunoașterii și luării în considerare a caracteristicilor, intereselor, abilităților și necesităților educaționale proprii, unice fiecărui copil; c. egalizarea șanselor, asigurarea de șanse egale pentru actualizarea întregului potențial biopsihic al copilului, dezvoltarea sa personală și menținerea celui mai înalt nivel atins; c. o abordare personalizată în ceea ce privește demersurile pe care le întreprindem în educație, și, mai ales, forme diferențiate de sprijin. Egalizarea șanselor se bazează pe recunoașterea egalității în drepturi a cetățenilor și este echivalentul „unui proces prin care diversele sisteme ale societății și mediului, cum ar fi serviciile, activitățile, informațiile și documentarea sunt puse la dispoziția tuturor, în particular persoanelor cu handicap. Egalizarea șanselor implică faptul că necesitățile fiecărui individ și ale tuturor indivizilor sunt de importanță egală și ele trebuie să stea la baza planurilor făcute de societate (ONU 1993). Conform documentului UNESCO adoptat de Conferința Mondială asupra Educației Speciale de la Salamanca (1994, pp. 5-6), în școala incluzivă; „toți copiii trebuie să învețe împreună, oricând acest lucru este posibil, indiferent de dificultățile pe care le întâmpină aceștia sau de diferențele dintre aceștia. Școala incluzivă trebuie să recunoască și să reacționeze la diversele cerințe ale elevilor, armonizând atât diferitele stiluri de a învăța, cât și diferitele grade de reușită școlară și să asigure o educație de calitate pentru toți, prin programe de învățământ adecvate, bună organizare, strategii didactice corecte, folosirea optimă a resurselor și parteneriatului cu ceilalți membri ai comunității în care funcționează. În școlile incluzive, copiii cu cerințe educative speciale trebuie să primească întregul sprijin suplimentar de care au nevoie pentru o educație corespunzătoare. Școlile incluzive sunt cel mai bun mijloc de creere a solidarității între copiii cu cerințe educative speciale și semenii lor". Educația incluzivă asigură un mod de educație adaptat și individualizat, în funcție de nevoile tuturor copiilor / fiecărui copil, în cadrul grupurilor și claselor echivalente ca vârstă, în care se regăsesc copii cu nevoi, capacități și niveluri de competență foarte diferite. Astfel, incluziunea și educația incluzivă pun accentul pe necesitatea ca sistemul educațional și școlile / grădinițele să se schimbe și să se adapteze continuu pentru a răspunde diversității copiilor și nevoilor ce decurg din acestea. Toate guvernele sunt chemate să adopte, ca subiect de drept sau strategie, principiul educației obișnuite și incluzive, în care să fie înscriși toți copiii, în sistemul care se potrivește cel mai bine particularităților și circumstanțelor lor, prin oferirea de sprijin adecvat în servicii și asistență tehnică și educațională, elevilor cu cerințe educative speciale. Educația incluzivă fundamentează și un anumit tip de Curriculum, aflat în concordanță cu filozofia socială a drepturilor omului, și cu principiile privind natura Curriculumului, precum cele ale individualizării, realismului și echilibrului, formulate în pedagogia contemporană.

Recunoașterea dimensiunii individuale a drepturilor omului, a unicității și valorii irepetabile a fiecărei ființe umane, conduce la necesitatea luării în considerare în educație a diversității individuale, a varietății în specificul învățării și în stilurile de învățare din clasa de elevi pentru a asigura un sprijin diferențiat, individualizat fiecărui copil. Acest

sprijin / suport diferenţiat este necesar nu numai pentru a evita defavorizarea, marginalizarea sau excluderea şcolară, ci şi pentru a contracara efectele defavorizării sociale sau a celei date de deficienţă şi pentru" a da trupului şi sufletului fiecăruia întreaga perfecţiune de care sunt capabile" (Platon), pentru a asigura integrarea şcolară, socială şi profesională a viitorilor absolvenţi. La Conferinţa Mondială "Educaţia pentru toţi; satisfacerea nevoilor de bază ale învăţării", de la Jomtiem – Thailanda, 1990, s-a elaborat o nouă strategie a educaţiei, fundamentată pe paradigma „educaţia pentru toţi". „Educaţia pentru toţi" presupune transformarea şcolii, pentru a putea integra o diversitate individuală la nivelul aceleiaşi clase, cu elevi de aceeaşi vârstă, în primul rând prin proiectarea curriculară şi asigurarea unui suport individualizat. În documentele internaţionale şi în Psihopedagogia specială s-a demonstrat necesitatea elaborării unui curriculum care să se definească prin flexibilitate, pentru a fi adaptat şi nevoilor copilului cu handicap sau provenit din medii defavorizate. În momentul actual, în contextul politicilor sociale de asigurare a accesibilităţii la mediul fizic şi informaţional şi a celor educaţionale de egalizare a şanselor şi de prevenire a excluziunii, accentul cade pe un Curriculum al diversităţii individuale şi pe necesitatea unei proiectări universale / ***Design curricular universal.***

Designul universal – mişcare în serviciul respectării drepturilor omului

Designul universal a apărut în SUA ca o mişcare a arhitecţilor americani , care militau pentru proiectarea unui mediu accesibil oricărei persoane. Designul Universal este o mişcare largă, la nivel mondial, care abordează designul mediului, produselor şi comunicaţiilor, având în gând un spectru cât mai larg de utilizatori. Este cunoscut şi sub alte denumiri, cum ar fi: design pentru toţi sau design incluziv. Designul Universal reprezintă producerea de obiecte şi amenajarea mediului, în aşa fel încât să fie utilizabile de către toată lumea, în cel mai larg sens posibil, fără a fi nevoie de adaptări ulterioare, sau de un design specializat. Clădirile, interiorul lor, străzile, locurile de joacă, spaţiile publice trebuie să asigure accesul unei mari diversităţi de persoane. Crearea unui spaţiu universal înseamnă crearea unui spaţiu care nu discriminează pe nimeni, dar care aduce beneficii multor persoane, ale căror nevoi nu au fost luate, în mod tradiţional, în seamă. Un mijloc de transport trebuie astfel proiectat, încât să poată fi utilizat atât de persoanele în fotoliu rulant, cât şi de femei cu copii în cărucior, de vârstnici etc. Pentru adepţii acestei mişcări, un autobuz dotat cu o rampă de acces care este coborâtă de şofer numai atunci când vede în staţie o persoană în cărucior, este o soluţie învechită. El trebuie , prin însăşi proiectarea şi construcţia lui şi eventual a rampelor din staţii, să asigure accesul facil al tuturor categoriilor de călători. În principiu, când se promovează Designul universal este vorba de a gândi şi construi, de la început, în aşa fel, încât să nu mai fie nevoie de modificări ulterioare speciale pentru persoane cu handicap, vârstnici, sau alte categorii de persoane, care necesită accesibilizarea mediului fizic. Potrivit acestei mişcări, care s-a născut în contextul eforturilor pentru respectarea drepturilor persoanelor cu handicap, facilităţile şi adaptările trebuie realizate nu numai acolo unde trăieşte o persoană cu handicap, ci acestea trebuie să fie ceva aşteptat, ca parte integrantă a fiecărei construcţii, permiţând şanse egale pentru o gamă mare de utilizatori. Răspunsul la cerinţa accesibilităţii, fără raportare la marea diversitate individuală, duce, de multe ori, la soluţii segregative care nu ating nivelul acceptabil al esteticii, flexibilităţii şi valorificării

creative a mediului ambiant; pot apare, în mod paradoxal, condiții de limitare a șanselor atât pentru persoanele cu handicap, cât și pentru celelalte categorii de persoane. Prin aplicarea designului universal pot fi ridicate barierele din spațiile deja construite și pot fi construite altele libere de orice bariere. În momentul actual, proiectarea, conform Designului universal, a tuturor clădirilor instituțiilor publice, culturale, sportive, de petrecere a timpului liber, magazinelor, restaurantelor, sediilor prestatorilor de servicii, precum și a căilor publice de acces,a telefoanelor publice, a mijloacelor de transport, locurilor de parcare, a început să devină o realitate în mai multe țări.

Conceptele Societate pentru toți, Incluziune socială și Design universal direcționează coordonarea politicilor la nivel european, pentru a evita excluziunea socială, cea educațională, culturală, dar și infoexcluziunea. Printre acțiunile prevăzute / implementate se numără: elaborarea de recomandări de elaborare și utilizare a unui program european de formare în ceea ce privește concepția / proiectarea pentru toți, destinat diferitelor categorii de profesioniști; crearea unei rețele de centre naționale de excelență în domeniul „concepției pentru toți" și a normelor de concepție/proiectare pentru toți; decernarea de premii care recompensează inovația în materie de concepție pentru toți și tehnologii de asistare; elaborarea de instrucțiuni și materiale de suport privind accesibilitatea produselor tehnologiei informaționale, mai ales pentru a ameliora capacitatea de inserție profesională și integrare socială a persoanelor cu handicap. „Planul de acțiune „e-Europe 2005" – o societate a informației pentru toți" vizează garantarea participării și egalității de acces a persoanelor cu handicap și a altor grupuri defavorizate la importantele noutăți din domeniu, prin proiectarea universală a tehnologiilor informaționale: servicii publice on-line; administrație on-line (e-Government), învățare electronică (e-Learning), servicii de telesănătate (e-Health), precum și crearea unui mediu dinamic și accesibil pentru afacerile electronice (e-Bussiness); finalizarea unei metode europene comune de evaluare a site-urilor Web accesibile.

Clasificarea Internațională a Funcționării, Handicapului și Sănătății 2001, elaborată de Organizația Mondială a Sănătății, document cu rol metodologic extrem de important pentru evaluarea nevoilor de sprijin ale persoanelor cu handicap și pentru promovarea incluziunii sociale, se alătură ideii că designul trebuie să anticipeze o varietate largă de diversități umane. Prin noua clasificare, accentul se mută de pe individ pe interacțiunea acestuia cu mediul.

Conceptul de Design Universal este definit în Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (2006), ultimul document al Organizației Națiunilor Unite, extrem de semnificativ pentru concentrarea eforturilor naționale în vederea prevenirii și combaterii excluziunii sociale și promovării drepturilor inalienabile ale oricărei ființe umane. Potrivit Convenției, Design universal "înseamnă proiectarea produselor, mediului, programelor și serviciilor, astfel încât să poată fi utilizate de către toate persoanele, pe cât este posibil, fără să fie nevoie de o adaptare sau de o proiectare specializate". Designul universal nu va exclude dispozitivele de asistare pentru anumite grupuri de persoane cu dizabilități, atunci când este necesar. Este definit și termenul de adaptare rezonabilă. „Adaptare rezonabilă" înseamnă modificările și ajustările necesare și adecvate, care nu impun un efort disproporționat sau nejustificat atunci când este necesar într-un caz

particular, pentru a permite persoanelor cu dizabilităţi să se bucure sau să-şi exercite, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, toate drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului".

De la Designul universal la Designul curricular universal

În educaţie, prima dată, termenul "Universal Design" a fost utilizat având în vedere eliminarea barierelor fizice privind accesul în spaţiile educaţionale şi la materialele didactice. Repede s-a înţeles că o învăţare autentică pesupune mult mai mult decât accesibilitate fizică, şi solicită acces cognitiv / intelectual. Elevii trebuie să aibă acces la conţinut şi informaţii, dar şi să depăşească dificultăţile legate de înţelegerea sarcinilor şi scopului învăţării, identificarea ideilor principale, sistematizarea şi exprimarea achiziţiilor. De asemenea, accesul la informaţii trebuie corelat cu găsirea soluţiilor adecvate pentru fiecare elev, pentru a învăţa să înveţe, să pună întrebări şi să identifice probleme, să găsească informaţiile potrivite şi să le utilizeze efectiv şi eficient. Mişcarea Universal Design în educaţie presupune selectarea conţinuturilor curriculare şi dezvoltarea Curriculumlui, alegerea şi implementarea metodelor de predare - învăţare şi asigurarea evaluării "având în vedere elevi cu o largă distribuţie a abilităţilor, dizabilităţilor, stilului de învăţare, a competenţelor dobândite în citit-scris, limbii materne etc."(**Sheryl Burgstahler**, 2007). Designul curricular tradiţional proiecta instruirea, referindu-se la un elev mediu, spre deosebire de Designul curricular universal care se raportează la marea diversitate individuală. În cadrul Designului curricular universal, promotorii acestei mişcări disting aceleaşi etape propuse în pedagogia europeană (**Tyler, R.**, 1949; **d'Hainaut**, 1981; **Sorin Cristea**, 1998 ş.a.) privind stabilirea obiectivelor, a conţinuturilor informaţionale, proiectarea şi organizarea situaţiilor de instruire şi educare, a metodelor, a tehnologiei didactice, a mediului instructiv-educativ, a metodelor de evaluare. Apar însă, elemente şi accente specifice, care decurg din principiile designului universal, mai mult sau mai puţin adaptate la problematica specifică educaţiei. Din parcurgerea studiilor efectuate de universităţi şi cercetători din SUA, care au adoptat conceptul de Design universal în educaţie, reies trei direcţii de cercetare şi proiectare subsumate Designului Curricular universal: Designul universal al obiectivelor şi conţinuturilor; Designul universal al instruirii UDl; Designul universal pentru învăţare / Design for Learning (UDL).

Designul universal al obiectivelor şi conţinuturilor

Designul curricular universal, la nivelul stabilirii obiectivelor şi conţinuturilor educaţiei, impune drept exigenţă luarea în considerare a marii diversităţi a elevilor dintr-o clasă, cu diferenţe mari în ceea ce priveşte dezvoltarea intelectuală, abilităţile vizuale, auditive, de vorbire, motorii, de înţelegere a limbii materne. Definirea obiectivelor şi proiectarea conţinuturilor, ţinând cont de o mare diversitate individuală, permite accesul facil al cadrului didactic la selectarea continutului şi asigurarea suportului care va conduce pe toţi elevii şi pe fiecare elev în parte la competenţele pe care le pot atinge. Obiectivele, proiectate universal, deschid accesul la un curriculum pentru toţi, în care sunt punctate însă, pe parcurs anumite „staţii de oprire". Este vorba de o integralitate şi flexibilitate curriculară, care oferă fiecărui cadru didactic acces la

zona conținutului fără să fie nevoit să îl adapteze în mod repetat; el primește un Curriculum care a fost astfel conceput încât să faciliteze, ab initio, luarea în considerare a diferențelor existente între elevii de aceeași vârstă dintr-o clasă: consecințele diferitelor tipuri de deficiențe în planul accesării informației; nivelul competențelor pe care le pot atinge, în diferite arii, specificul metacogniției, tulburările de învățare ş.a. Aşa cum, în arhitectură şi în proiectarea mediului, prin Designul universal, structurile create sunt adaptate, de la început, celui mai larg spectru de utilizatori, tot astfel, proiectarea curriculară trebuie să țină cont de marea diversitate a beneficiarilor, a copiilor / elevilor. În Designul universal, adaptabilitatea este subînțelesă şi integrată în design şi evită adaptarea ulterioară, cerută de marea diversitate individuală a utilizatorilor / beneficiarilor/elevilor/studenților. Aşa cum, după ce structura arhitecturală este proiectată şi implementată, adaptările ulterioare sunt adeseori incomode şi costisitoare, tot astfel adaptările curriculumului pot fi consumatoare de timp; proiectarea tehnologiilor didactice sau amenajarea mediului instructiv în sălile de clasă, a cabinetelor şi laboratoarelor pentru elevi şi studenți, de cele mai multe ori nu permit adaptări ulterioare sau acestea reprezintă un proces dificil datorită diversității problemelor şi nevoilor de sprijin, care trebuiau, de la început luate în considerare. Luarea în considerare a gamei de abilități ale fiecărui utilizator în faza de proiectare a curriculumului , cu includerea / indicarea unor „locuri de cantonare", în anumite puncte ale procesului instructiv-educativ, pentru anumiți elevi, în urma evaluării acestora, este apreciată drept un mod mai eficient de a furniza acces universal elevilor şi studenților. Şi în educație, Designul universal este valorizat drept o mişcare necesară pentru construirea unei ***societăți incluzive***. Această mişcare, care ia în considerare diversitatea celor care învață din momentul proiectării şi dezvoltării Curriculumului, este bazată şi pe o analiză critică a curriculumului tradițional. Acesta are o mărime potrivită pentru toți, proiectată pentru a veni în întâmpinarea nevoilor educaționale ale unui „elev / student tipic". De aici decurg o mulțime de bariere pentru elevii care cad în afara acestei categorii restrânse; aceste bariere le împiedică accesul, participarea şi progresul într-o şcoală incluzivă. În multe cazuri, demonstrează promotori ai mişcării, rezultatele slabe ale elevilor se datorează nu propriului handicap, ci unui « curriculum cu handicap ». "Curriculumul cu handicap" are componente importante, destul de rigide şi inflexibile, care, astfel, nu pot veni în întâmpinarea nevoilor de sprijin ale diferitelor categorii de elevi, în special ale celor cu dizabilități. Încercările ulterioare de a remedia aceste « dizabilități ale curiculumului", prin adaptări sunt costisitoare, şi adesea ineficiente pentru progresul în învățare al elevilor.

Criticile aduse „Curriculumului cu handicap" de către promotorii Designului curricular universal sunt analoage cu cele ale pedagogilor americani şi europeni care au demolat ceea ce au numit „periculosul mit al curbei lui Gauss" (**G. de Landsheere**, 1976, 1979). Repartiția statistică a cunoştințelor, abilităților, aptitudinilor, surprinsă de curba lui Gauss la copii, de exemplu la începutul şcolarității, indică o grupare a rezultatelor în jurul mediei statistice; majoritatea rezultatelor elevilor testați se plasează la mijlocul scalei; puțini elevi au performațe superioare şi, de asemenea, tot un număr mic de elevi au abilități / cunoştințe cu totul insuficiente. Dar, această curbă a lui Gauss

„capătă în minţile oamenilor o deformare ciudată". Această repartiţie statistică a aptitudinilor se consideră ca un prognostic al rezultatelor şcolare de la sfârşitul anului şi nivelul învăţământului se stabileşte astfel încât acest prognostic să se verifice. Programele şcolare aleg conţinuturile după criteriul „potrivit de greu" şi lasă celor mai buni posibilitatea de a se dezvolta, iar celor mediocri o şansă slabă, întrucât dificultatea mijlocie este determinată nu de media de dificultate obiectivă a noţiunilor de predat, ci de media aptitudinilor grupului considerat. În astfel de condiţii deformate este normal ca la sfârşitul anului, curba cunoştinţelor să respecte la rândul ei distribuţia gaussiană. Un curriculum proiectat având în vedere elevul de nivel mediu nu poate contribui la recuperarea elevului cu deficienţă mintală sau la stimularea superioară a unui elev supradotat, decât prin adaptare. Autoarea acestor rânduri a studiat pe patru serii de studenţi masteranzi, care sunt angajaţi ca profesori de sprijin, adaptarea curriculară realizată de către aceştia, marele efort intelectual şi cantitatea mare de timp alocată, pentru a realiza adaptarea curriculară; o parte dintre aceştia au semnalat că anumite module curriculare şi anumite obiective indispensabile pentru progresul copilului nu se regăsesc în curriculumul învăţământului obişnuit. Designul universal, adresându-se diversităţii celor care învaţă, chiar din punctul de pornire al dezvoltării curriculumului facilitează asigurarea de către cadrul didactic a suportului informaţional, logistic, la nivelul tehnologiei didactice, fără să fie nevoie de o regândire ad-hoc sau adaptare / reproiectare. Din bibliografia parcursă reiese că, în momentul actual atenţia este concentrată asupra „structurii universale de acces" care identifică conţinuturi, materiale instructive şi sarcini de învăţare, având în vedere elevi cu cele mai diferite abilităţi. Această structură permite cadrelor didactice să ofere fiecărui elev acces la zona conţinutului (subiectelor) fără a fi nevoit să îl adapteze în mod repetat, pentru a satisface nevoi speciale.

Designul universal al instruirii / Universal Design for Instruction (UDI)

Paradigma Designului universal crează un punct de plecare pentru dezvoltarea unui cadru universal al instruirii. Acest ***Design universal al instruirii*** (UDI) devine punctul de plecare pentru a dezvolta un anumit cadru al instruirii, asigurând lecturi, metode, laboratoare, mijloace vizuale şi informaţionale, medii de lucru accesibile tuturor elevilor / fiecărui elev în parte. Designul universal al instruirii (UDl) este o nouă cale de a gândi despre crearea unor multiple oportunităţi de învăţare în orice arie a proiectării curriculare. Designul universal al instruirii (UDl) este prezentat ca o nouă paradigmă pentru a aborda problemele accesului egal al elevilor cu dificultăţi de învăţare. În tabelul de mai jos, reunim principiile Designului universal elaborate de Centrul Designului Universal, în anul 1997, precum şi cele nouă principii ale Designului universal pentru instruire, formulate de Center for Universal Design (CUD) de pe lângâ North Carolina State University şi de University of Connecticut, Center on Postsecondary Education and Disability (2001):

Tabel 5.

Principiile Designului Universal elaborate de Centrul Designului Universal în anul 1997	**Cele nouă Principii ale Designului universal pentru instruire elaborate de către Center for Universal Design (CUD)-North Carolina State University şi University of Connecticut, Center on Postsecondary Education and Disability (2001)**
Utilizare echitabilă – design-ul este folositor unor persoane cu diferite abilităţi. Indicaţii: - oferă aceleaşi mijloace pentru a fi folosit de toţi utilizatorii: identice, ori de câte ori este posibil; echivalente sau nu, - evită segregarea sau stigmatizarea oricărui utilizator, - oferă utilizatorilor, în mod egal, un spaţiu privat, securitate şi siguranţă, - creează un design care atrage toţi utilizatorii.	**Utilizare echitabilă** Instruirea este proiectată pentru a fi folositoare şi accesibilă persoanelor cu diverse abilităţi. Adaptările sunt incluse de la început în mijloacele pentru uzul tuturor elevilor / studenţilor.
Flexibilitate în utilizare – design-ul vine în întâmpinarea unei game variate de preferinţe şi abilităţi individuale. Indicaţii: - oferă alternative în utilizarea metodelor de lucru; - este folosit în funcţie de lateralitatea utilizatorului (dreapta sau stânga); - facilitează acurateţea şi precizia utilizatorului; - poate fi adaptat în funcţie de utilizator.	**Flexibilitate în utilizare** Instruirea este proiectată pentru a se adapta unei game largi de abilităţi individuale. Asigură alegerea metodelor utilizate.
Simplu şi intuitiv - modul de utilizare a design-ului este uşor de înţeles, independent de experienţa utilizatorului, cunoştinţe, abilităţi lingvistice sau nivelul actual de concentrare a atenţiei. Indicaţii: - sunt eliminate elementele complexe care nu sunt necesare; - întâmpină aşteptările şi intuiţia utilizatorului; - este potrivit nivelurilor diferite atinse în ceea ce priveşte citit-scrisul şi abilităţile lingvistice ; - ordonează informaţiile în funcţie de importanţa lor ; oferă feedback efectiv în timpul şi după realizarea unei sarcini.	**Simplu şi intuitiv** Instruirea este proiectată într-o manieră hotărâtă şi predictibilă, având în vedere experienţa şi cunoştinţele elevului, deprinderile lingvistice sau nivelul obişnuit de concentrare a atenţiei. Sunt eliminate elementele complexe care nu sunt necesare.

Informaţie perceptibilă – designul comunică utilizatorului informaţia necesară indiferent de condiţiile de mediu sau abilităţile senzoriale ale utilizatorului. Indicaţii: - utilizează diferite modalităţi (desen, verbal, tactil) de prezentare repetată a informaţilor esenţiale; - oferă un contrast adecvat între informaţia esenţială şi zona din jurul acesteia; - maximizează „claritatea" informaţiei esenţiale; - diferenţiază elementele astfel încât acestea pot fi descrise (spre exemplu, se pot da mai uşor instrucţiuni); - sunt compatibile cu diverse tehnologii sau dispozitive utilizate de persoanele cu limitări senzoriale.	**Informaţie perceptibilă** Instruirea este astfel proiectată încât informaţia necesară este comunicată elevului, indiferent de condiţiile contextuale sau abilităţile senzoriale ale utilizatorului.
Toleranţă la erori – designul minimizează riscul producerii erorilor şi a consecinţelor neplăcute care se produc accidental sau neintenţionat. Indicaţii: - elementele sunt aranjate pentru a reduce erorile şi evenimentele neplăcute; - semnalizează erorile şi evenimentele neplăcute; - are opţiuni de siguranţă, descurajează actele inconştiente în sarcinile care necesită atenţie sporită.	**Toleranţă la erori** Designul minimizează hazardul şi consecinţele adverse ale acţiunilor accidentale sau neaşteptate. De exemplu, software-ul educaţional asigură îndrumare şi informaţie de bază , atunci când studentul dă un răspuns inadecvat. Instruirea anticipează variaţia în ritmul individual de învăţare al elevului sau în abilităţile care ar trebui dobândite.
Efort fizic scăzut – design-ul poate fi utilizat eficient şi confortabil şi cu un minimum de efort. Indicaţii: - permite utilizatorului să adopte o poziţie neutră a corpului, - necesită un efort fizic rezonabil în operare, - reduce la minimum actele repetitive, - reduce la minimum efortul fizic susţinut.	**Efort fizic scăzut** Instruirea este astfel proiectată încât minimizează efortul fizic nonesenţial, pentru ca elevul să aloce un maximum de efort învăţării. Notă: Principiul nu se aplică atunci când efortul fizic este destinat integral realizării cerinţelor unui anumit tip de curs.

Mărime şi spaţiu pentru a fi abordat şi utilizat - mărime şi spaţiu adecvat pentru a fi abordat, manipulat şi folosit indiferent de mărimea, poziţia sau gradul de mobilitate al utilizatorului. Indicaţii: - oferă o imagine asupra elementelor importante, indiferent de locul sau poziţia utilizatorului, - face posibil accesul la toate componentele, dintr-o poziţie confortabilă, şezând sau stând în picioare, - oferă adaptări pentru apucarea dispozitivelor de diferite mărimi, - oferă un spaţiu adecvat pentru folosirea dispozitivelor de sprijin sau în asistenţa individuală.	**Mărime şi spaţiu pentru a fi abordat şi utilizat** Instruirea este proiectată cu luarea în considerare a mărimii şi spaţiului adecvat pentru a fi abordat, manipulat şi folosit indiferent de mărimea corpului elevului, poziţia sau gradul de mobilitate al utilizatorului şi nevoile sale de comunicare.
	Comunitatea celor care învaţă Mediul instructiv promovează interacţiunea şi comunicarea între elevi şi între elevi şi şcoală.
	Climatul instructiv Instruirea este proiectată pentru a fi primitoare şi incluzivă. Înaltele aşteptări sunt prezentate tuturor elevilor / studenţilor.

Cadrele didactice de la universităţile care au promovat mişcarea Designului Universal au formulat propriile opinii privind Designul instruirii. Designul universal al Instruirii, pentru a face funcţional designul universal al obiectivelor şi conţinuturilor, presupune ca strategiile şi tehnicile încorporate în predare : a. să aibă capacitatea de a formula cerinţe şi aşteptări clare; b. să fie abordabile şi accesibile studentului respectiv; c. să angajeze activ studentul; d. să formuleze aşteptări / expectanţe înalte. Aceasta presupune trecerea spre Designul universal al învăţării. În ultimă instanţă, se răspunde la întrebarea „Cum pot educatorii să proiecteze instruirea pentru a maximiza învăţarea tuturor elevilor ? ".

Designul universal pentru învăţare / Universal Design for Learning (UDL)

Designul universal pentru învăţare este abordat, discutat ca un set de strategii aplicate unor aspecte specifice ale procesului de învăţământ pentru a asigura un bogat suport pentru învăţare şi pentru a reduce bariere ale curriculumului, atâta timp cât acesta menţine standarde înalte de performanţă pentru toţi elevii. Potrivit promotorilor Designului universal pentru învăţare: elevii cu handicap se regăsesc mai degrabă într-un continuum al diferenţelor dintre cei care învaţă, decât într-o categorie constituită separat; adaptarea realizată de profesor se produce pentru toţi elevii, nu numai pentru cei cu dizabilităţi; materialele curriculare trebuie să fie variate şi diverse, incluzând resurse digitale şi on-line; în loc de a « remedia » elevii pentru a putea învăţa dintr-un set curricular, curriculumul este realizat flexibil pentru a se acomoda la diferenţele celor care învaţă. Designul universal pentru învăţare / Universal Design for Learning (UDL) este interesat, în mod autentic, în înlăturarea barierelor artificiale în învăţare. El trebuie conceput pentru a da posibilitatea fiecărei individualităţi să dobândească cunoştinţe, abilităţi şi entuziasm pentru învăţare. Profesorii trebuie să se asigure că elevii sunt implicaţi activ în procesul de învăţare, accentul fiind pus pe provocarea cognitivă, indiferent de nivelul lor de dezvoltare, de diversitatea individuală. În procesul de învăţare, caracteristicile esenţiale ale structurii de acces universal, au fost formulate de către Centrul pentru Tehnologie Aplicată Specială (CAST) în trei principii:

1. Curriculumul oferă mai multe mijloace de reprezentare, care permit prezentarea unui conţinut / subiect de studiu în moduri alternative pentru studenţii care învaţă mai bine din informaţii vizuale sau auditive, sau pentru cei care au nevoie de niveluri diferite de complexitate.
2. Curriculumul oferă mai multe mijloace de exprimare, care permit elevilor să răspundă prin mijloacele lor preferate. Acest lucru permite includerea diferitelor strategii cognitive şi a unui sistem de auto-control pentru studenţi.
3. Curriculumul oferă mai multe mijloace de angajament care permit ca interesele studenţilor în procesul de învăţare să fie compatibile / să se potrivească cu modul de prezentare şi mijloacele preferate de exprimare. Studenţii sunt mai motivaţi atunci când sunt angajaţi în ceea ce au învăţat.

Aceste trei principii ale Designului universal pentru învățare, potrivit autorilor și promotorilor lor au, ca sursă de inspirație și de ghidare, cercetări care sugerează existența a trei largi rețele neuronale în creierul uman, care supraveghează trei fațete fundamentale ale învățării: recunoașterea pattern-urilor / modelelor, planificarea și generarea de patternuri; selecția modelelor, cu stabilirea priorităților Cytowic, 1996; Luria, 1973; Rose & Strangman,). Această categorizare a substraturilor învățării în neuroștiință coincide, spun aceeași autori, cu cele trei condiții care preced învățarea, identificate de Lev Vîgotski: a. recunoașterea informației care va fi învățată; b. aplicarea strategiilor necesare procesării acestei informații; c. angajament în realizarea sarcinii de învățare. În consecință, prin proiectarea universală pentru învățare:

- se promovează alternative și opțiuni pentru a oferi suport în raport cu diferențele individuale;
- se oferă sprijin în învățare, la nivelul recunoașterii, prin promovarea unor metode multiple, flexibile de prezentare;
- se oferă sprijin în învățarea strategică, prin promovarea unor metode multiple, flexibile de expresie, de exersare, de ucenicie;
- se oferă sprijin în învățarea afectivă, prin opțiuni multiple, flexibile, pentru realizarea „angajamentului", implicării (Rose & Meyer, 2002).

Răspunsul la instruire (Response-to-Instruction -RTI) pentru a asigura Designul universal pentru învățare (Universal Design for Learning - UDL)

Răspunsul la instruire (Response-to-Instruction – RTI) pentru a asigura Designul universal pentru învățare (Universal Design for Learning – UDL) reprezintă o abordare inovativă privind identificarea nevoilor elevilor cu handicap. Răspunsul la Instruire este abordarea care utilizează răspunsurile elevilor la o instruire de înaltă calitate, pentru a ghida deciziile educaționale, inclusiv pe cele privind eficacitatea instruirii și intervenției, eligibilitatea unor programe speciale, designul programelor individualizate și eficiența serviciilor educaționale speciale (**Nicole Strangeman, Chuck Hitchcock, Tracey Hall, and Grace Meo**, et al. 2006). În primul rând, abordarea *Răspuns la Instruire* s-a născut ca o reacție la identificarea elevilor cu dificultăți de învățare pe baza evaluării discrepanței între mărimea coeficientului de inteligență și scorurile obținute la testele de realizare școlară. În multe cazuri, rezultatele obținute la probele școlare reflectă mai mult un nivel scăzut al predării decât dizabilitatea. Ca să apreciezi în mod autentic dizabilitatea, discrepanța dintre mărimea coeficientului de inteligență și scorurile obținute la testele de realizare școlară / progres școlar trebuie demonstrată în condiții de învățare adecvate. Procesul RTI implică: a. screening-ul studenților supuși riscului; b. monitorizarea capacității de răspuns la instruire; c. determinarea activităților ulterioare. Urmărește să atingă două scopuri: să identifice elevii cu dificultăți de învățare și să determine intervenția timpurie pe baza răspunsurilor elevilor la o instruire de înaltă calitate, centrată pe elev, cu ținte precise. RTI subliniază, mai ales realizările decât deficitele elevilor și realizează o conexiune clară între identificarea dificultăților / tulburărilor de învățare și calitatea instruirii. RTI poate fi utilizată în raport cu toți elevii, nu numai pentru cei cu handicap. Această abordare

prescrie intervenţii bazate pe o cercetare validată, pentru a se asigura că elevii vor avea acces la cele mai potrivite experienţe de învăţare, centrarea se realizează pe proiectarea / producerea şi implementarea unui suport imediat şi timpuriu pentru satisfacerea nevoilor elevilor. Suportul timpuriu vizează chiar perioada antepreşcolară, pe cât posibil. S-au propus patru etape ale intervenţiei:

a. identificarea problemei;
b. analiza problemei / selecţia intervenţiei;
c. implementarea intervenţiei;
d. monitorizarea răspunsului (**Strangeman et al.**, 2006, **Fuchs & Fuchs**, 2006; **Fuchs** et al., 2003).

Resursele umane implicate sunt profesorii claselor speciale, dar şi educatorii de educaţie specială, care, înainte, îşi petreceau o bună bucată de timp, calculând coeficientul de inteligenţă. Cercetătorii remarcă mai multe dificultăţi în această abordare precum: insuficientele cunoştinţe şi abilităţi ale unor cadre didactice, mai ales în domeniul individualizării intervenţiei; insuficienta preocupare şi perspectivă pentru ca abordarea să fie implementată la nivelul gimnaziului şi învăţământului secundar. Universal Design for Learning a reconceptualizat designul curricular, pentru a împinge în prim plan diversitatea individuală, luarea în considerare a nevoilor elevilor. În zilele noastre, clasa este extrem de diversă din punct de vedere al culturii şi mediului socio-economic diferit din care provin elevii, cu abilităţi, cunoştinţe diferite şi de asemenea, cu deficienţe şi diferite handicapuri / dezavantaje. Elevii cu deficienţe fizice, senzoriale, cu tulburări de învăţare, din diferite medii culturale şi lingvistice, cu variate preferinţe şi motivaţii, cei supradotaţi şi mulţi alţii au nevoie de un sprijin individualizat în învăţare, care nu poate fi corect stabilit, decât după aplicarea unui program de instruire flexibil, de înaltă calitate.

Puncte tari ale Designului curricular universal

- Raportarea la principiile universale, care asigură şi garantează o educaţie a şanselor egale ;
- Constituie o mişcare de amploare, pornind de la continentul american ;
- Demonstrează interesul pentru eliminarea barierelor artificiale în învăţare şi propun anumite soluţii pentru luarea în considerare a diversităţii individuale în procesul de predare –învăţare pe baza „ răspunsului la instruire", adică a unui alt mod de evaluare a dificultăţilor şi nevoilor de sprijin ale fiecărui elev;
- Propune o structură universală de acces, care permite oricărui elev să se angajeze în învăţare, fără să se simtă că ar fi un caz singular sau să aibă parte de o nedorită atenţie, dată de o anumită diferenţă a sa în raport cu ceilalţi;
- Instituţiile implicate în implementarea structurii universale de acces au produs seturi de materiale instructive, exemple de opţiuni privind sarcinile didactice şi sprijinul necesar pentru realizarea lor de către elevi cu diferenţe mari în abilităţile vizuale, auditive, de vorbire, motorii, de înţelegere a limbii; s-au propus alternative pentru dezvoltarea motivaţiei elevilor pentru a participa, a se organiza, angaja.
- Dotări importante şi tehnologia didactică, elaborată pe baza principiilor Designului universal, au fost realizate prin programe şi centre de cercetare,

precum: The Center for Universal Design; Center for Applied Special Technology (CAST); DO-IT (Disabilities, Opportunities, Internetworking, and Technology), care serveşte creşterea participării studenţilor cu handicap în programele academice. Finanţarea este asigurată de National Science Foundation, the State of Washington and the U.S. Department of Education;

- A sprijinit producerea de tehnologii informaţionale care previn infoexcluderea;
- Orientarea unor autori spre teorii precum mastery learning şi valorificarea ideilor fundamentale şi totodată pragmatice pe care le oferă;
- Reaminteşte, în mod constant, mari valori ale educaţiei ("Profesorul care ţine în mică măsură sau deloc seama de diferenţele individuale din clasă, este un individ care nu va aduce nicio contribuţie în viaţa elevilor săi" (William Arthur Ward).

Se remarcă şi elaborarea de Curiculum-uri universale pentru diferite obiecte de învăţământ , care sunt de fapt Curriculum core. Conţinutul oferit de un Curriculum Universal pentru Matematică, Chimie, Fizică, Biologie este considerat destul de flexibil pentru a fi adaptat „oricărui curriculum naţional, concept de predare, conţinând şi resurse interactive" (the educational portalsUK www.yTeach.co.uk and www.yTeach.com).

Puncte slabe ale Designului curricular universal

În proiectarea curriculară este dificil de separat proiectarea obiectivelor şi conţinutului, documentele şi manualele şcolare de metodele de instruire, de media şi materialele utilizate în sprijinirea învăţării. Totuşi, din lucrările care ne-au fost accesibile reiese că, proiectării universale a conţinutului şi obiectivelor educaţionale li s-a acordat mai puţină atenţie, faţă de implementarea designului universal al instruirii. Se recunoaşte, implicit, importanţa evidenţierii unui conţinut comun şi a unui nucleu curricular care să conducă la construirea competenţelor necesare fiecărei individualităţi, în raport cu cerinţele vieţii reale, dar această problemă nu este în aceeaşi măsură abordată, precum cea a proiectării universale a mijloacelor informaţionale. O explicaţie ar ţine de faptul că, prin legislaţia americană, în Curriculumul naţional sunt introduse şi modulele destinate elevilor cu handicap sever, centrate pe dezvoltarea capacităţilor adaptative esenţiale. O altă explicaţie ar fi că, în elaborarea de materiale didactice şi tehnologii asistive au fost implicate mari companii producătoare de mijloace de învăţământ. O motivaţie au oferit-o chiar promotori ai mişcării, care menţionează că trebuia asigurat un bogat suport pentru învăţare şi pentru a reduce bariere ale curriculumului, atâta timp cât acesta menţine standarde înalte de performanţă pentru toţi elevii.

Preocupările centrate pe stimularea creativităţii şi obţinerea de performanţe superioare în învăţământul preuniversitar sunt mai puţin prezente. S-au formulat avertismente privitor la faptul că, în anumite condiţii, proiectarea universală ar putea conduce la scăderea nivelului curriculumului şi nu ar angaja, toate demersurile necesare pentru menţinerea unor standarde înalte de performanţă pentru majoritatea elevilor. Profesorii sunt îndemnaţi să menţină problemele care fac obiectul instruirii şi învăţării la un nivel suficient de dificultate. În replică, alţi autori evidenţiază faptul că

designul universal asigură acces pentru toţi, ceea ce permite progresul fiecărui elev şi nicidecum abordarea elevilor la standarde scăzute, pe baza unui curriculum „care coboară".

Spre un Design Curricular Universal în Psihopedagogia Specială din România

Tehnologii realizate pe baza Designului universal au pătruns în România, în serviciul persoanelor cu handicap, înainte de diseminarea mişcării care se afirma în alte ţări. Este în primul rând vorba de tehnologiile de acces, care permit, prin cititorul de ecran şi sinteza vocală, utilizarea calculatorului de către persoanele nevăzătoare. Prin proiecte , finanţate pe bază de granturi, Fundaţia Cartea călătoare din Focşani a dotat şcoli speciale cu tehnologie de acces. Universitatea din Cluj a deschis un Centru National de Tehnologie de Acces pentru studenţii nevăzători, dotat cu calculatoare cu softul care asigură redarea vocală şi cu echipamente specifice pentru persoanele cu deficienţe de vedere precum : imprimanta Braille, scanner + OCR, screen reader (Jaws), programe de transformat partituri muzicale în format Braille, programe de conversie Braille ş.a. Universitatea din Bucureşti are, în momentul actual, un cabinet de tehnologie de acces, în serviciul studenţilor, masteranzilor şi doctoranzilor nevăzători din facultate. Cercetarea „Studiu pentru determinarea nevoilor specifice ale utilizatorilor cu handicap vizual", responsabil obiectiv dr. Verginia Creţu, din cadrul proiectului CEEX Pro Incluziv „Metode şi instrumente pentru crearea de interfeţe multimodale, necesare dezvoltării sistemelor informatice inclusive, cu grad ridicat de accesibilitate " derulat de INPCESPH şi ICI, prin AMCSIT, studiile realizate de C. Bucinschi şi Vasile Preda au diseminat conceptul de Design Universal şi nevoile percepute de elevi şi tineri nevăzători utilizatori de calculatoare, în domeniul tehnologiei de acces. În prezent, în liceele de nevăzători din ţară computerele sunt accesibilizate cu cititor de ecran şi sinteză vocală, iar elevii parcurg programa disciplinelor de informatică. Aceste iniţiative şi cercetări au răspuns programelor Uniunii Europene „eAccessibility for All", „Accesibilitatea Web", e-Learning, care şi-au propus să facă tehnologiile informaţionale şi de comunicare disponibile fiecărei persoane cu handicap şi să le transforme în facilitatori ai integrării şi participării persoanei cu handicap. Politicile şi programele Uniunii Europene în materie de educaţie şi formare, prevăd şi controlul e-accesibilităţii site-urilor Web şi a produselor mediatice de educaţie şi de formare pe tot parcursul vieţii, la nivel european. Se ia în calcul, în special, potenţialul tehnologiei informaţiei şi comunicaţiilor, care permite persoanelor cu dizabilităţi să depăşească limitările funcţionale şi le ajută să aibă noi perspective de participare la viaţa societăţii.

Idei ale mişcării Designul curricular universal le regăsim în contextul abordării problemei tratării diferenţiate a elevilor şi apoi a implementării principiului şanselor egale în educaţie. Problema tratării diferenţiate a elevilor în procesul de predare-învăţare-evaluare a reprezentat o constantă a cercetării şi publicaţiilor din România, în pas cu pedagogia europeană. Dar tratarea diferenţiată a elevilor cu deficienţe era percepută numai prin existenţa integrării acestora în şcolile speciale. Planurile şi programele şcolare / curriculumul şcolii speciale stabileau obiectivele şi selectau conţinutul prin raportare la ceea ce se numea „potrivit de greu", deci prin luarea în considerare a potenţialului

copilului / elevului cu handicap moderat. După 1990, conştientizarea necesităţii asigurării egalităţii de şanse în domeniul educaţiei, având în vedere cerinţele şi posibilităţile specifice ale categoriei de copii cu handicap sau pe cele individuale, a condus la regândirea modalităţii tradiţionale de proiectare curriculară. Noile abordări s-au bazat pe o bogată documentare din literatura pedagogică francofonă şi din spaţiul american, dar au avut drept fundament teoretico-metodologic contribuţii originale. Importante au fost studiile care au mutat accentul de la cunoaştere / savoir la problemele psihologice puse de achiziţionarea, dobândirea acestei cunoaşteri. Analiza logică a cunoaşterii, a conţinutului a fost substituită sau însoţită de analiza psihologică a proceselor care se petrec la cel care învaţă. Marele pedagog francez, Gaston Mialaret prezenta o mişcare dinamică a pedagogiei actuale, care insistă asupra unei triple analize: materia de transmis- noţiuni, concepte; demersuri psihice necesare sau induse de conţinut; aspectele psihologice ale învăţării, receptare şi asimilare de informaţii, transfer, aplicare; modificări ale structurilor psihice ,care rezultă din această învăţare şi evaluarea acestor modificări. Dezvoltarea cercetărilor româneşti privind dezvoltarea unui curriculum în serviciul egalităţii de şanse în educaţia specială a coincis cu presiunea de la nivelul întregului sistem de învăţământ pentru a înlocui planurile şi programele de învăţământ, anterioare anului 1990, cu un nou conţinut, raportat la valorile democraţiei şi drepturilor omului. Prof.univ.dr. Emil Verza, directorul Institutului Naţional pentru Recuperare şi Educaţie Specială a Persoanelor Handicapate, înfiinţat în 1991, aflat în dubla subordonare a Ministerului Învăţământului şi a Secretariatului de Stat pentru Handicapaţi (înfiinţat după Revoluţie pentru a asigura promovarea drepturilor persoanei cu handicap) şi-a asumat sarcina importantă de a elabora noile planuri de învăţământ şi programe şcolare, împreună cu cercetătorii Institutului. Ionel Muşu, cadru didactic de excepţie, înlăturat în 1948 din învăţământul superior, dar care nu şi-a întrerupt activitatea de cercetare, avea deja elaborată o concepţie clară privind unirea perspectivei şi abordării axiologice, pedagogice şi psihologice în elaborarea finalităţilor şi selectarea conţinuturilor. Educaţia se desfăşoară pe bază de finalităţi, în strânsă legătură cu un sistem de valori, explicit enunţate şi implicit respectate care conduc la anumite conţinuturi selectate în baza unor principii stabilite în contextul ştiinţelor educaţiei dar şi a celor care asigură, în ultimă instanţă învăţarea şi dezvoltarea personală. Programele şcolare, prin obiective, conţinutul propus şi principiile psihologice subiacente trebuie să ofere şanse fiecărui elev cu deficienţe pentru ca, pe baza unui anumit conţinut, prin recuperare şi compensare să facă progresele pe care potenţialul său biopsihic, în condiţiile unei educaţii diferenţiate, îi permite, să atingă acele obiective, care-i vor asigura autonomia personală, integrarea şcolară şi socială. Pe această bază, colectivul de cercetare a optat pentru realizarea programelor şcolare, pe baza unei concepţii bazate pe abordarea modulară. Pentru prima dată, a fost pusă în practică ideea unui Curriculum al diversităţii individuale, cadrul didactic urmând să identifice modulele de bază, comune mai multor categorii de elevi cu deficienţe uşoare, moderate şi grave, dar şi pe cele care sprijină, cu deosebire, dezvoltarea potenţialului biopsihic al unui anumit elev / grupe de elevi. Programele au fost aprobate de Ministerul Învăţământului şi publicate în 1994.

Pentru elaborarea noilor programe, s-a apelat la sistemul de organizare modulară, promovat de pedagogi europeni precum d`Hainaut L. (1980), De Landsheere S. (1976), care reprezintă o formă de realizare a unui învăţământ diferenţiat şi care este extrem de

asemănător cu ceea ce propun adepţii mişcării Design universal în ceea ce priveşte proiectarea obiectivelor şi conţinuturilor curriculare. Esenţa sistemului rezidă în divizarea conţinutului unui anumit domeniu de cunoaştere în „moduli" care formează un bloc unitar, care, deşi autonom, este integrat în structura generală al acelui domeniu de cunoaştere. Sistemul modular a apărut din efortul de a structura procesul de învăţare, de a include în „moduli" o varietate mai mare de metode, procedee şi tehnici de învăţare. El îşi propunea: a. să elimine din programele şcolare anterioare elementele de conţinut perimat, terminologia inadecvată şi nu în ultimul rând acel conţinut care suprasolicita capacitatea de învăţare a elevilor; b. să asigure egalitatea de şanse educaţionale, luând în considerare posibilităţile specifice ale categoriei de copii cu handicap, precum şi cerinţele care decurg din particularităţile individuale; c. să se ofere programe flexibile ce se pot adapta diverselor grade ale deficienţei dintr-o anumită categorie de copii cu handicap (mintal, senzorial etc.).

Modulul este conceput ca o „unitate" de învăţământ sau de educare, de terapie, ca un „bloc de conţinut". Aceste „unităţi de învăţare", „blocuri de conţinut" sunt constituite dintr-un ansamblu de obiective – situaţii de învăţare – evaluare – strategii didactice. Între acestea există o corelare deplină, o interdependenţă reciprocă – obiectivele şi evaluarea având rolul de reglare a actului de învăţare. Aceste „unităţi de învăţare", „blocuri de conţinut" au anumite particularităţi. Modulul are o funcţionalitate proprie, autonomă, poate exista de sine stătător. Autonomia modulului este rezultatul faptului că acesta este prevăzut cu obiective operaţionale definite în termeni de comportament observabil şi măsurabil, care prezintă un rezultat aşteptat ce va fi determinat de parcurgerea unei părţi a programei şcolare (unitate didactică, secvenţă), care dinamizează întregul plan al acţiunii didactice şi care solicită secvenţe instrucţionale structurate într-o ierarhie secvenţială riguroasă, corelate cu un ansamblu de situaţii de învăţare. Acest ansamblu este evaluat prin probe intermediare sau prin evaluarea de postînvăţare care confirmă sau infirmă eficienţa procesului de predare -învăţare şi determină actul de decizie, de modificare a întregului demers pedagogic (reformularea obiectivelor, o nouă selecţie şi organizare a conţinutului, a strategiilor şi metodelor, un control periodic al modificărilor intervenite în comportamentele de învăţare ale elevului).

O frecvenţă mare în sistemul de organizare modulară a învăţării o au modulii categorizaţi după funcţie: moduli de achiziţie (fapte, informaţii, abilităţi, competenţe); de recuperare/ratrapare (iniţială, intermediară, finală) în scopul înlăturării unor dificultăţi, decalaje în învăţare; moduli de aprofundare; moduli de integrare în scopul asigurării transferului abilităţilor, informaţiilor în contexte noi sau al promovării intra şi multidisciplinarităţii, lărgindu-se sfera de aplicativitate a obiectivelor prevăzute în cadrul unui modul pedagogic; moduli de terapie, de exemplu de orientare spaţio-temporală, de învăţare perceptivă, de dezvoltare psihomotrică, cu un conţinut informaţional nelegat de un anume obiect de învăţământ.

Abordarea modulară presupune un mecanism de reglare a actului de învăţare, prin sistemul de evaluare sub cele trei forme, frecvent folosite în programele şcolare: evaluarea de preînvăţare, evaluarea de postînvăţare, evaluarea globală. Evaluarea de preînvăţare este utilizată, mai întâi, sub forma unui modul specializat, înainte de debutul procesului de învăţământ, la o anumită disciplină. Evaluarea de preînvăţare, în concepţia cercetătorilor care au elaborat noile programe, îşi propune: formularea diagnosticului

învățării, stabilirea nivelului de pregătire, depistarea lacunelor în învățarea anterioară, precizarea erorilor tipice de gândire sau de învățare. Evaluarea de preînvățare nu trebuie concepută în nici un caz în scop de etichetare, sentință, stigmatizare, spun autorii, ci ca un instrument de proiectare a procesului de învățare, compensare, remediere, ameliorare. Pe parcursul derulării lecțiilor, la începutul unui modul, se identifică erorile specifice modulului anterior. Această evaluare de preînvățare este o evaluare constatativă, de un tip aparte, întrucât evaluarea de postînvățare de la modulul precedent poate constitui un test de intrare. Această situație este aplicabilă numai în situațiile când modulii se găsesc într-o relație de ordonare, ei decurgând unul din altul. Evaluarea de postînvățare constituie finalul fiecărui modul. Ea este concepută ca o modalitate de identificare a rezultatelor învățării la nivelul fiecărui modul, pentru o anumită etapă, pentru un conținut bine delimitat, de surprindere a punctelor critice, a dificultăților de învățare, lacunelor, a erorilor tipice, de prevenire a situațiilor de eșec, ce pot să apară în modulul care urmează, dacă nu se depistează din timp aceste dificultăți și nu se formulează măsuri de recuperare adecvată. Evaluarea de postînvățare poate constitui și o premisă pentru reproiectarea programului de învățare, ca o modalitate de a asigura articulația între module, integrabilitatea „modulului pedagogic" în ansamblul „modulului disciplinar". Evaluarea de postînvățare ca sistem de ieșire este o cale de control, de corecție și de predicție, subliniază profesorul Ionel Mușu. Dacă evaluarea de preînvățare rezumă datele inițiale, valorile la intrare, cea de postînvățare rezumă datele de ieșire, valorile rezultate. Evaluarea conduce și la reproiectarea programului de învățare prevăzut anterior, în modulul respectiv sau în modulul ulterior, propune o activitate diferențiată, axată pe datele relevate de una din formele de evaluare, o reevaluare a strategiei didactice, o activitate specifică de înlăturare a dificultăților de învățare.

Curriculumul diversității individuale. Analogii cu un Curriculum bazat pe proiectare (design) universală

O bună parte din programele pentru școlile speciale au respectat abordarea modulară propusă. Autorii au căutat ca toți modulii să se bazeze pe cunoașterea diversității individuale din clasele în care se predă disciplina respectivă și să o ia în considerare. Personal, pe baza activității de cercetare în domeniul utilizării tehnologiei didactice moderne în predarea Geografiei, în calitate de autoare a programelor de Geografie pentru școlile cu elevi cu deficiență mintală și cu surditate, am optat pentru utilizarea Taxonomiei Domeniului Cognitiv, elaborată de marele pedagog american Benjamin Bloom (1913-1999) și colaboratorii săi, pentru a uni planul de conținut specific acestei discipline cu cel psihologic, ambele aflate pe șase trepte ale unei ierarhizări general acceptate. Cele șase niveluri ale taxonomiei și anume: 1. Cunoașterea; 2. Înțelegerea; 3. Aplicarea; 4. Analiza; 5. Sinteza; 6. Evaluarea, au fost considerate, fiecare în parte drept moduli curriculari. Fiecare subierarhizare din cadrul fiecărui nivel al taxonomiei s-a constituit într-un modul adecvat unui elev sau unei grupe de elevi, fapt stabilit în urma activităților de evaluare, de preînvățare și post învățare. Am apelat la această taxonomie deoarece permitea:

- luarea în considerare a diversității individuale dintr-o clasă din școlile speciale din acel moment; în fiecare clasă din școlile ajutătoare, care avea în

medie 18 elevi se regăseau toate categoriile de handicap de intelect: elevi cu debilitate mintală, care formau majoritatea, dar şi câţiva elevi cu handicap mintal sever, câţiva elevi cu intelect de limită sau cu falsă debilitate mintală, datorată lipsei de comunicare şi mediului needucogen, defavorizant, dar şi doi sau trei elevi fără deficienţe, care au eşuat în şcolile de masă (mai ales datorită neadecvării metodelor educative pentru a rezolva tulburările lor de comportament);

- o regăsire facilă a obiectivelor şi conţinutului accesibile unui anumit elev, aşa cum reiese din evaluarea de preînvăţare;
- o prefigurare a obiectivelor de atins prin submodulii şi modulii treptelor taxonomice ulterioare.

Evaluarea de preînvăţare s-a orientat spre desprinderea unor achiziţii în plan perceptiv şi cognitiv ale unui elev, importante pentru stabilirea obiectivelor adecvate.

Evaluarea de preînvăţare s-a orientat, în primul rând spre evaluarea competenţelor elevilor în sfera învăţării perceptive şi psihomotricităţii, importante pentru dobândirea achiziţiilor geografice: identificarea dimensiunilor culoare, mărime, formă, a fiecărei culori în parte, a raporturilor mare-mic-mijlociu, a figurilor geometrice; capacitatea de a observa în mediul apropiat; capacitatea de explorare vizuală şi de analiză ordonată a elementelor componenete; prezenţa sau absenţa discrepanţelor dintre percepţia, recunoaşterea imaginilor şi verbalizare; nivelul conduitei perceptiv-motrice de spaţiu; conduita de orientare într-un câmp spaţial-stânga-dreapta, înainte-înapoi, sus-jos, dreapta-stânga faţă de propriul corp, stânga-dreapta altui obiect. Demersul s-a apropiat apoi de capacităţile importante din perspectiva Geografiei: surprinderea nivelului de dezvoltare a capacităţilor care asigură observarea aspectelor geografice şi lucrul cu modele geografice, cu imagini, hartă, glob geografic ş.a.; posibilitatea de a utiliza simboluri specifice, precum culorile formelor de relief, ale apelor etc; măsura în care elevul sesizează raportul dintre realitate şi reproducerea ei în diferite tipuri de modele (cât de sărăcită sau schematizată este); măsura în care nivelul conduitei permite trecerea la o orientare corectă în raport cu punctele cardinale; prognozarea măsurii în care un elev poate înţelege faptul că un obiect sau un punct se află la nord de alt obiect / punct, dar la sud faţă de al treilea obiect / punct; formarea zonelor de spaţiu: apropiat, îndepărtat, foarte îndepărtat. S-a trecut apoi, la evaluarea achiziţiilor specifice pentru disciplina Geografie: cunoaşterea unor elemente şi note din sfera şi conţinutul noţiunilor studiate în anii anteriori referitoare la: forme de relief, stările de agregare ale apei, temperatura, încălzirea şi mişcările atmosferei, fauna şi flora; cunoaşterea reprezentărilor empirice pe care le au elevii referitor la relieful din zona natală, alte forme de relief şi aspecte geografice, corpurile cereşti, anul, luna, săptămâna, ziua ş.a.

Disfuncţiile constatate şi prezumţiile deduse din fişa de caracterizare a fiecărui elev, colaborarea cu profesorul de psihodiagnoză au permis stabilirea primului modul de recuperare / ratrapare şi a obiectivelor pe care le-am numit obiective transdisciplinare (**V. Creţu**, 1992). Aceste obiective transdisciplinare sau capacităţi generale de cunoaştere şi acţiune erau propuse pentru a fi urmărite în moduli specifici de recuperare, cât şi în modulii disciplinei respective. Aceste obiective specifice se datorează unei dimensiuni particulare a handicapului de intelect, dimensiune surprinsă în experienţa acumulată în domeniul educaţiei speciale, dar mai puţin aprofundată în teorie. Cea mai specifică

dimensiune a handicapului de intelect, în raport cu „normalitatea", dacă luăm în considerare factorii care asigură dezvoltarea personalității - ereditatea, mediul și educația - este dată de faptul că orice copil fără deficiențe dobândește o serie de achiziții din mediul familial și comunitar obișnuit, fără a fi nevoie de o acțiune educativă planificată, organizată; de exemplu, din comunicarea continuă cu mama, un copil preșcolar realizează că „ acolo" este mai îndepărtat decât „aici", știe exact cum să se orienteze când aude termenii în față, în spate, înainte, înapoi, pe masă, sub, dedesubt, lângă etc. Copilul cu handicap mintal are nevoie de activități educative, metode și mijloace specifice pentru dobândirea unor astfel de achiziții. În psihologia franceză, M. Herskovits, și în cea românească, Paul Popescu Neveanu, definesc / analizează conceptul de enculturație, fiind „procesul spontan de asimilare a valorilor și comportamentelor, sub forma unei învățări continue, pe toată perioada vieții". Or, tocmai acest proces este afectat în handicapul mintal.

Pe baza evaluării de preînvățare inițiale s-au stabilit și obiectivele modulilor de terapie, de recuperare / ratrapare și care pot și trebuie urmărite și în modulii de predare-învățare - evaluare. Majoritatea acestor obiective transdisciplinare (capacități generale de cunoaștere și acțiune) prezentate mai jos, țin de ceea ce numim astăzi metacogniție:

I. Capacitatea de a face observații în natură, care presupune:

- a stabili un punct de reper și un moment inițial al observațiilor;
- a observa periodic, ritmic;
- a nota observațiile;
- a înregistra un număr suficient de date;
- a compara datele înregistrate în momente succesive;
- a înregistra comparațiile efectuate în scheme, desene.

II. Capacitatea de explorare vizuală exprimată prin:

- contact activ al subiectului cu imaginea, harta sau alt model geografic („măturarea imaginii", strategii exploratorii, menținerea fluxului informațional în cadrul analizatorului vizual, timp suficient pentru decodificare, recodificare);
- desprinderea unor indicatori de natură geografică: înălțime, întindere, tip al vegetației;
- perceperea într-un timp limitat a unui număr din ce în ce mai mare de elemente detalii;
- contact selectiv, bazat pe interrelații integrative între formele percepute și denumirile și notele noțiunilor geografice, asigurarea specificității geografice a percepției prin sinteza elementelor fragmentare, lărgirea câmpului vizual, raportarea la interpretări de natură geografică;
- renunțarea la expunerea elementelor nespecific geografice / secundare sau întâmplătoare / din imagini, mai ales dacă sunt prezentate și pe același plan cu cele esențiale, specifice.

III. Dezvoltarea capacităţii de a lucra cu modele specific geografice – plan, hartă, glob, planiglob:

- identificarea elementelor geografice cunoscute şi a semnelor convenţionale reprezentate pe model;
- stabilirea deosebirilor esenţiale între plan şi realitate, hartă şi realitate;
- stabilirea asemănărilor dintre modele geografice şi hartă şi precizarea importanţei acestora pentru cunoaşterea realităţii;
- realizarea unor planuri simple, colorarea lor cu culorile convenţionale corespunzătoare formelor de relief din România.

IV. Dezvoltarea capacităţilor ce asigură compararea şi clasificarea aspectelor geografice precum :

- în imagini cu specific geografic, elevul trece de la desprinderea asemănărilor şi deosebirilor de natură perceptivă (culoare, mărime, formă, denumire de obiecte separate) la cele de natură geografică;
- dezvoltarea capacităţii de a raporta un obiect la altul, prin compararea câtorva aspecte şi nu numai prin descrierea succesivă a fiecărui obiect; desprinderea, pe etape, a elementelor esenţiale; renunţarea la raportarea unor indici neconcordanţi unul cu altul; dezvoltarea capacităţii de a stabili atât deosebiri cât şi asemănări (acest proces este mai dificil pentru copilul debil mintal decât stabilirea deosebirilor între aspectele şi unităţile geografice);
- dezvoltarea capacităţii de a utiliza conceptele simple ca principii de clasificare a stimulilor;
- dezvoltarea capacităţii de a folosi noţiunile geografice în clasificare şi în verbalizarea acţiunii de clasificare.

V. Depăşirea dificultăţilor de orientare spaţio-temporale care se manifestă şi în contact cu aspectele şi fenomenele geografice:

- de recunoaştere, stabilire şi operare cu repere şi puncte de reper;
- în remarcarea direcţiilor;
- în distincţia şi aprecierea proporţiilor, perspectivei, distanţei, marginilor, centrului, proximităţii;
- în surprinderea sensului evoluţiei, transformărilor, modificărilor;
- în discriminarea ritmicităţii existente în natură şi a implicaţiilor asupra vieţii oamenilor.

Demersuri concrete în vederea luării în considerare a diversităţii individuale, la un obiect de învăţământ, în condiţiile incluziunii şcolare

Prezentăm, mai jos, ierarhizarea obiectivelor din programa modulară la disciplina Geografie.

În echipe multidisciplinare de cercetare / proiectare, având în vedere particularităţile de vârstă ale elevilor clasei la care se preda disciplina respectivă, se

realizează organizarea taxonomică a obiectivelor educaţionale, potrivit celor şase niveluri ale Domeniului cognitiv, prevăzute de B. Bloom. De exemplu, referitor la capitolul privind Munţii, se obţine următoarea ierarhizare:

1. Cunoaşterea

1.1. Cunoaşterea unităţilor şi elementelor specifice, demonstrată de comportamente precum:

- identificarea în imagini sau descrieri a unui munte, lanţ muntos sau zone de munte;
- pe imaginea sau desenul unui munte indică poalele, coastele, culmea, vârfurile;
- enumeră bogăţii ale solului şi subsolului muntos (cel puţin două din fiecare categorie);
- enumeră cel puţin două ocupaţii ale locuitorilor din zona de munte;
- enumeră vegetaţia specifică, în ordinea etajării ei spre vârf;
- recunoaşte în imagini o aşezare de munte;
- separă imagini ce reprezintă chei în masive calcaroase;
- pe imaginea unui lanţ muntos, indică văile şi posibilele trecători;
- recunoaşte, în imagini, o depresiune;
- enumeră sursele de informaţii privind munţii: manual, vederi, albume, pliante turistice, descrieri literare;
- denumeşte zona turistică montană cea mai apropiată / accesibilă;
- indică persoanele cărora li se recomandă, în mod expres, să-şi petreacă vacanţele la munte.

1. 2. Cunoaşterea terminologiei – Munţi, înălţime, masivitate, roci dure, poale, coaste (pante), prăpastie, vârf; Văi, trecători, chei, depresiuni;Vegetaţie şi etajarea ei în funcţie de înălţime; Bogăţiile; Viaţa la munte; Ocupaţiile locuitorilor.

1.3. Cunoaşterea căilor şi mijloacelor de a te ocupa cu elementele specifice:

1.3.1. Cunoaşterea convenţiilor:

- maro – culoare prin care sunt reprezentanţi pe hartă munţii;
- modelarea munţilor – la lada cu nisip, în desen;
- imaginea (reprezintă un model al munţilor care păstrează cel mai fidel aspectele concret-sensibile. Diferă de realitate prin absenţa tridimensionalităţii, este redusă conform unei anumite scări de proporţii, surprinde mai puţin masivitatea munţilor);
- enumerarea regulilor stricte ce se cer respectate în drumeţia pe munte.

1.4. Cunoaşterea tendinţelor şi secvenţelor:

- cunoaşterea procesului de modelare a munţilor de către factorii atmosferici (vânturi, îngheţul şi dezgheţul), apa (formele grohotişurilor) sau de către apele curgătoare. Acţiunea de eroziune, transport şi depunere de pietrişuri în zona de munte;

- munţii formaţi din roci dure, dar bătrâni, sunt mai puţin înalţi, datorită acestui proces.

1.5. Cunoaşterea clasificărilor şi categoriilor:
- munţii: înalţi / scunzi; bătrâni / tineri; de încreţire / vulcanici.

1.5. 1.Cunoaşterea criteriilor de clasificare: vârstă; mod de formare;
1. 5.2. Cunoaşterea unor elemente de metodologie:
- munţii pot fi studiaţi în excursie;
- informaţii găsim în: imagini, albume, hărţi, atlase, descrieri literare, pliante;
- observarea munţilor se face prin luarea în considerare a liniei orizontului, aspectului rocilor.

2. Înţelegerea
2.1.Transpunerea:
- dintr-un set de imagini, din diferite forme de relief, alege imaginea care reprezintă munţi;
- ascultând sau citind o descriere redactată în termeni accesibili, prezentând o zonă de munte, este capabil să redea esenţialul în cuvinte proprii;
- descrie / relatează, cu propriile cuvinte, aspectele specifice, surprinse într-o excursie la munte, vizionate într-un film despre munţi sau reieşite dintr-un şir de imagini foto din zona de munte.

2.2. Interpretarea:
- clasifică imagini reprezentând diferite forme de relief şi explică prin cuvinte proprii diferenţele dintre munţi şi dealuri, dintre munţi şi câmpii;
- explică de ce a încadrat forma de relief prezentă într-o imagine în categoria munţilor, referindu-se cel puţin la înălţime, aspectul pantelor şi al rocilor;
- ordonează în şir crescător, după înălţimea formei de relief, diferite imagini;
- explică etajarea vegetaţiei, în zona de munte, prin scăderea temperaturii odată cu creşterea înălţimii.

2.3. Extrapolarea:
- alege, dintr-un şir de enumerări, consecinţa defavorabilă a defrişărilor (eroziunea solului, acumulare de grohotişuri.

3. Aplicarea:
- modelează cu ajutorul lăzii de nisip sau din plastilină, un munte cu evidenţierea elementelor definitorii;

- desenează un munte;
- desenează un brad;
- pe imaginea unui munte, desenează şi vegetaţia caracteristică în funcţie de înălţime;
- localizează, pe harta ţării, zonele muntoase;
- în descrierea unei excursii, prin zone cu relief diferit, elevul să surprindă trecerea în zona de munte.

4. Analiza:
4.1.Analiza elementelor:
- pe imaginea sau desenul unui munte indică poalele, coastele, culmea, vârfurile;
- din mai multe propoziţii, le alege pe acelea pe care le-ar folosi în descrierea unei zone de munte, unui munte, unui urcuş la munte.
- Într-o enumerare de meserii, le subliniază pe cele caracteristice locuitorilor zonei de munte.

4.2. Analiza relaţiilor:
- explică legătura dintre: vegetaţie, temperatură, înălţime, sol, rocă specifică.

5. Sinteza:
5.1. Producerea unei comunicări unice:
- descrierea unui urcuş, pe munte, cu menţionarea elementelor caracteristice, în terminologia propusă;
- redactarea unei compuneri (la munte, drumeţie prin munţi etc.) în care, conform sarcinii, se referă la aspectele şi caracteristicile fizico-geografice ale acestei forme de relief (selecţionate prin obiectivele anterioare).

5.2. Producerea planului:
- alcătuirea planului de idei, după care un elev povesteşte (expune) ceea ce a învăţat la geografie, despre munţi.

6. Evaluare
6.1. Judecare în termeni de evidenţă internă:
- depistarea elementelor fizico-geografice care lipsesc sau a aspectelor prezentate incorect / irelevant în descrierea unei zone de munte, efectuată de colegi.

Acest rezultat al organizării obiectivelor, realizarea unei ierarhizări în care se intersectează dimensiunile geografice specifice, cu cele psihologice şi cu cele educaţionale, corelat cu rezultatele evaluării complexe a fiecărui elev în parte, cu o evaluare iniţială la începutul anului şcolar şi cu evaluarea înainte de debutul fiecărui modul, ar putea fi o alternativă care ia în considerare adecvarea procesului de predare-învăţare- evaluare la marea diversitate individuală şi la principii ale Designului universal (la nivelul stabilirii obiectivelor şi selectării conţinutului). În cazul unui elev fără nicio

deficienţă, care stăpâneşte cunoştinţe dobândite anterior formal sau informal şi abilităţi care-i permit înţelegerea şi învăţarea, cadrul didactic poate îndrăzni să-şi propună realizarea obiectivelor a primelor patru niveluri taxonomice şi sprijinirea lui pentru a se dezvolta în sens creativ, pentru a performa şi la nivelul sintezei şi evaluării (nivelurile 5 şi 6). În cazul unui elev cu deficienţă mintală, cu afectarea orientării spaţiale şi temporale, pe lângă necesitatea prezenţei unor moduli de recuperare şi de terapie, este importantă stabilirea nivelurilor şi obiectivele care pot fi atinse. Astfel, la nivelurile accesibile 1.1. – 1.3, sunt importante obiectivele: recunoaşte în natură şi denumeşte (un munte); modelează folosind lada de nisip sau din plastilină un munte; desenează un munte; desenează un brad, alege dintr-un set de imagini pe cele din zonele de munte; recunoaşte culoarea maro pe hartă; alege încălţămintea potrivită pentru munte etc.

În cazul unui elev cu debilitate mintală uşoară, obiectivul „ relatează prin cuvinte proprii aspectele specifice surprinse într-o excursie la munte, vizionate într-un film despre munţi sau reieşite dintr-un şir de imagini foto din zona de munte", poate fi, în acelaşi timp accesibil, dar şi cu un potenţial de angajare. O astfel de alegere a obiectivelor se înscrie în cerinţa designului universal faţă de Curriculum-ul care trebuie să ofere mai multe mijloace de exprimare, care permit elevilor să răspundă prin mijloacele lor preferate.

În această selecţie a obiectivelor, este important să se ţină cont şi de exigenţele dobândirii autonomiei personale şi sociale, a unor competenţe care-i asigură securitatea. O astfel de proiectare a obiectivelor, ţinând cont de diversitatea individuală, dă cadrului didactic care predă la o clasă un instrument de orientare în selecţia conţinutului şi un punct de sprijin pentru elaborarea proiectelor de intervenţie individualizate (PIP)sau în colaborarea cu profesorul de sprijin, pentru implementarea PIP, în cazul unor elevi. Un astfel de demers corespunde principiilor unei pedagogii a succesului şi legii efectului a lui Thorndike. Pedagogia contemporană evidenţiază importanţa punerii în valoare a trăsăturilor şi aspectelor pozitive ale fiecărui elev prin sarcini adecvate, diferenţiate care, printr-o anumită dozare a dificultăţilor, să poată fi abordate şi atacate, rând pe rând de fiecare elev, şi să se asigure dezvoltarea maximală a potenţialului lui. Procesul de învăţământ, concretizând necesitatea şanselor egale prin tratarea diferenţiată a elevilor, prin sarcini de învăţare cu un anumit grad de dificultate, dar în care pot reuşi, dar şi prin punerea în funcţiune a unui sistem de stimuli morali, asigură reuşita obiectivă a fiecărui elev dar şi sentimentul reuşitei, cultivarea încrederii în propriile forţe. Acest rezultat are o deosebită importanţă pentru categoria copiilor aflaţi în dificultate, care s-au aflat în situaţii de risc, care au acumulat frustrări şi întârzieri în dezvoltare. Pedagogia contemporană a ajuns la stabilirea unor concluzii pedagogice, cu caracter de cerinţe pentru practica şcolară, care au primit formulări de tipul: în principiu trebuie minimalizat insuccesul, iar, în paralel, trebuie subliniată cu îndrăzneală cea mai modestă reuşită, trebuie descoperite orice ocazii de reconfortare şi de încredere pentru fiecare copil; trebuie ca, mai ales copiilor dificili, care au proaste rezultate şcolare şi care se instalează în eşecul lor ca într-un refugiu, să li se creeze sistematic ocazii de succes şi de aprobare; îndrumările şi aprecierile sunt necesare nu numai pentru elevul care face progrese rapide, ci mai ales pentru elevul mai lent, mai puţin precoce, mai puţin constant în activitatea sa şcolară. De aceea, în procesul de învăţământ, gradarea dificultăţilor pentru a da şanse fiecărui elev de a reuşi, de a se înscrie permanent, pe o curbă ascendentă, de progres, este deosebit de importantă. În condiţiile şcolii incluzive, este importantă, în raport cu fiecare copil,

identificarea sarcinilor de învăţare în care poate obţine rezultate şi a modalităţilor şi mijloacelor prin care poate fi susţinut, în această direcţie. Se ştie astfel că, unii copii cu handicap mintal, chiar sever, îşi pot dezvolta anumite deprinderi de lucru manual şi pot îndeplini cu acurateţe şi răbdare într-un timp mai scurt anumite sarcini practice.

În sistemul educaţiei speciale a copiilor cu handicap sever, este important să existe activităţi specifice care-şi propun, prin excelenţă, în contextul activităţilor cotidiene, dezvoltarea gândirii, învăţarea perceptivă (de exemplu, creşterea sensibilităţii absolute şi diferenţiale a analizatorilor, ameliorarea capacităţii de explorare a mediului apropiat), precum şi ameliorarea proceselor mnezice. Astfel de activităţi dezvoltă capacităţi care presupun alte modalităţi de funcţionare. Stabilirea unui conţinut curricular, înseamnă, de fapt, explorarea potenţialului acestuia de a contribui la ceea ce R. Feuerstein numea „îmbogăţirea instrumentală”. Procesul de predare - învăţare trebuie să conducă la dezvoltarea capacităţilor de cunoaştere şi acţiune ale copilului cu handicap, într-un program mai larg de terapie, în vederea autonomiei personale, cel puţin într-un mediu protejat.

Îmbogăţirea instrumentală, în cazul copilului cu handicap mintal nu se poate realiza decât pe un modul de cunoştinţe minimale, cu mare valoare adaptativă sau instrumentală (de facilitare a achiziţionării de noi cunoştinţe şi capacităţi). Propunem următoarea schemă care permite cadrului didactic să ia în considerare concomitent atât nivelul informativ cât şi cel formativ, al acomodării în vederea proiectării îmbogăţirii instrumentale şi modificabilităţii structurale.

Tabel 6.

A. Nivelul informativ, al asimilării	B. Nivelul formativ, al acomodării
I.A Conştientizarea propriei identităţi; Cunoştinţe despre familie; II.A Identificarea şi denumirea fiinţelor din mediul apropiat; Cunoştinţe despre propria locuinţă; III.A Achiziţii despre corpul propriu şi al celorlalţi oameni; IV. A Achiziţii despre hrana şi alimentaţia omului; V. A Achiziţii despre îmbrăcăminte şi încălţăminte; VI. A Achiziţii privind îngrijirea sănătăţii; VII. A Achiziţii privind activităţile şi comportamentul cotidian (ex. la cumpărături); VIII. A Achiziţiile privind relaţiile interumane; IX. A Achiziţii funcţionale despre mediul înconjurător.	I.B Antrenarea şi educarea psihomotiricităţii; II.B Învăţarea perceptivă; Însuşirea limbajelor ; III.B Dezvoltarea gândirii, pornind de la operatori logici, fiecare antrenat la trei niveluri: - acţional; - iconic (imagistic); - verbal. IV.B Stimularea / ameliorarea proceselor mnezice; V. B Dezvoltarea atenţiei şi spiritului de observaţie; VI. B Formarea deprinderilor şi obişnuinţelor; VII. B Formarea însuşirilor psihice.

Pe suportul oferit de un volum bine determinat de achiziţii / informaţii, necesare formării autonomiei personale şi sociale a persoanei cu handicap, în mediu protejat, se pot defini obiective vizând învăţarea perceptivă sau achiziţionarea de noi scheme de acţiune, ceea ce va conduce la acomodare, la paşi concreţi în cucerirea etapei gândirii preoperaţionale şi concret-operatorii.

Modulul de conţinut minimal pentru formarea autonomiei personale şi sociale, în mediu protejat, a copiilor cu handicap mintal, poate cuprinde unităţi informative şi operaţii indispensabile formării / dezvoltării unor scheme cognitive şi scenarii cognitive. Schema cognitivă constă într-o "structură generală de cunoştinţe, activate simultan, corespunzând unei situaţii complexe din realitate" (**Mielu Zlate**). Blocul organizat de cunoştinţe, numit schemă cognitivă, are drept corespondent în realitate o mulţime organizată de elemente aflate în contiguitate spaţială sau temporală. Scenariile cognitive reflectă o succesiune de evenimente specifice unui anumit context, care ghidează comportamentul omului. Dacă schema cognitivă conţine pachete informaţionale, scenariul cognitiv descrie o secvenţă tipică de evenimente, corespunzătoare unui anumit context. Bazându-ne pe valorizarea activităţii umane ca mod de existenţă a psihicului uman, pe studiul ecologic al memoriei, pe noile modele descriptive şi de analiză a personalităţii, am propus un mod de abordare a educaţiei copilului, urmărind dezvoltarea sa, pe arii de autonomie şi câmpuri sociale prin activitate şi participare (**Verginia Creţu**, 2003). Noua Clasificare Internaţională a funcţionalităţii, handicapului şi sănătăţii elaborată de Organizaţia Mondială a Sănătăţii şi publicată în anul 2001, asigură un loc central, în definirea handicapului, *funcţionării*, adică nivelului de calitate al funcţionării corpului şi structurilor corpului, al activităţilor şi participării unei persoane cu deficienţe. *Activitatea* este definită drept execuţia unei sarcini sau faptul că o persoană face ceva, iar *participarea* se referă la implicarea persoanei în situaţii de viaţă reale (ca cetăţean, ca pieton, utilizator de mijloace de transport în comun, participant la viaţa culturală şi sportivă, ca actor şi spectator ş.a.). Nivelul şi calitatea activităţii şi participării sunt determinate, atât de problemele de sănătate, de tipul şi gradul de afectare a funcţiilor organice şi structurilor anatomice, cât şi de factorii de mediu şi cei personali. Factorii de mediu fizic, social şi atitudinal, din comunitate şi de la nivelul şcolii, sunt hotărâtori pentru integrarea şcolară a copilului şi dezvoltarea sa personală. Factorii personali sunt definiţi drept cadrul vieţii particulare al unei persoane compusă din particularităţile persoanei, care nu sunt legate de starea de sănătate şi deficienţă, precum sexul, educaţia primită, modul de adaptare, scheme comportamentale, însuşiri psihice. Educaţia primită determină tipul, calitatea, nivelul activităţii şi participării persoanei cu handicap, dar, în aceeaşi măsură, reprezintă baza dezvoltării "factorilor personali", a autonomiei personale, a trăsăturilor de personalitate, a însuşirilor psihice care asigură integrarea socială, adaptarea la condiţiile complexe şi necunoscute ale existenţei. Am putea spune că persoana cu handicap nu poate fi pregătită pentru activitate şi participare, decât prin activitate şi participare. În mediul familial, cât şi în unele contexte / alternative educaţionale (de exemplu: centre de zi), proiectarea activităţii şi participării poate fi însoţită de o proiectare corelată a dezvoltării proceselor şi însuşirilor psihice, a formării unor priceperi şi deprinderi, a dezvoltării capacităţii de a comunica, de a învăţa, de a se juca, de a munci şi de a crea.

Propunem un model educaţional orientat în acest fel, în care dezvoltarea copilului este urmărită pe arii de autonomie şi câmpuri sociale, deci în contextul activităţii şi participării reale. *Ariile de autonomie* se referă la domeniile şi activităţile prin care copilul cu handicap îşi dobândeşte autonomia personală: îmbrăcarea şi dezbrăcarea (A1), încălţarea şi descălţarea (A2), igiena personală(A3), activităţi în propria locuinţă(A4), comunicare verbală şi nonverbală în familie (A5), respectarea programului zilnic(A6),

utilizarea telefonului (A7), activități în propria gospodărie (A8), activități de timp liber în mediul familial (A9). Câmpurile sociale (termen introdus de D. Todoran,1945) vizează domeniile și activitățile care asigură participarea persoanei cu handicap la exercitarea rolurilor sociale pe care le au ceilalți membri ai societății. Am desprins: deplasarea în împrejurimile locuinței, traversarea străzii (CS1), deplasarea cu mijloacele de transport în comun (CS2), realizarea de produse finite sau desfășurarea unor activități utile (CS3), participarea la evenimentele din familie și comunicare(CS4), prezența în locurile publice (CS5), relațiile cu autoritățile (CS6), participarea la activități culturale și sportive (CS7), participarea la viața religioasă a comunității (CS8), comunicarea în diferite contexte (CS9). Fiecare dintre ariile de autonomie și din câmpurile sociale au propriul lor potențial de a contribui la dezvoltarea copilului, la realizarea unor obiective educaționale bine precizate (traversarea străzii poate fi prilej pentru exersarea sensibilității absolute a analizatorilor, pentru detectarea, identificarea și discriminarea culorilor). Pentru fiecare din ariile de autonomie și câmpurile sociale se pot defini obiective pe arii de dezvoltare a personalității copilului, vizând: învățarea perceptivă (D1), dobândirea de informații și dezvoltarea proceselor mnezice (D2), dezvoltarea gândirii (D3), însușirea limbajelor (D4), formarea deprinderilor și obișnuințelor (D5), dezvoltarea însușirilor psihice (D6), educarea și cultivarea atenției, motivației, intereselor (D7). Realizarea învățării perceptive, în situațiile vieții obișnuite, presupune, în primul rând, creșterea sensibilității absolute și diferențiale a analizatorilor, detectarea, discriminarea și identificarea culorilor, a mărimilor diferite ale obiectelor (mare, mijlociu, mic). Activitatea și participarea pot fi un prilej pentru dezvoltarea gândirii, prin însușirea unor noțiuni și termeni integratori care desemnează elementele din sfera unor noțiuni (păsări, insecte, unelte, jucării), prin dezvoltarea capacității de a recunoaște unele însușiri esențiale ale unor ființe sau lucruri puțin cunoscute, pe baza procesului de încadrare a lor într-o categorie. O serie întreagă de activități, care vizează autonomia în mediul casnic, pot fi un prilej pentru antrenarea operațiilor și microoperațiilor gândirii.

În decursul activităților în mediul familial, de exemplu, copiii pot fi învățați: să compare (să stabilească asemănări, deosebiri între lucruri, ființe); să pună în corespondență diferite elemente și aspecte (mâncăm supa cu lingura, cu lingurița ceaiul etc.; oamenii locuiesc în casă , găinile stau în coteț, vaca în grajd). De asemenea, copiii pot fi sprijiniți să surprindă legăturile complexe existente în lumea înconjurătoare; să ordoneze, în serie crescătoare și descrescătoare (așează mai mulți cartofi în șir , de la cel mai mic la cel mai mare; să arate persoanele mai mici sau mai mari, ca vârstă) ș. a.

Prezentăm sinteza modelului educativ formativ, bazat pe proiectarea activității și participării:

Tabel 7.

Arii de autonomie	Câmpuri sociale	Arii de dezvoltare
- îmbrăcarea și dezbrăcarea (A1);	- deplasarea în împrejurimile locuinței;	D1 Învățare perceptivă;
- încălțarea și descălțarea (A2);	- traversarea străzii (CS1);	D2 Dobândire de informații și dezvoltarea proceselor mnezice;
- igiena personală / autoîngrijirea (A3);	-deplasarea cu mijloacele de transport în comun (CS2);	D3 Dezvoltarea gândirii;
- activități în propria locuință (A4);	- realizarea de produse finite sau desfășurarea unor activități utile (CS3);	D4 Însușirea limbajelor;
		D5 Formarea deprinderilor și obișnuințelor;

-comunicare verbală şi nonverbală în familie (A5);	- participarea la evenimentele din familie şi comunicare (CS4;	D6 Dezvoltarea însuşirilor psihice;
- respectarea programului zilnic (A6);	-prezenţa în locurile publice (CS5);	D7 Educarea atenţiei, motivaţiei, intereselor.
- utilizarea telefonului (A7);	- relaţiile cu autorităţile (CS6);	
- activităţi în propria gospodărie (A8);	- participarea la activităţi culturale şi sportive (CS7);	
- activităţi de timp liber în mediul familial (A9).	- participarea la viaţa religioasă a comunităţii (CS8);	
	- comunicarea în diferite contexte (CS9).	

Un pas important în educaţia incluzivă l-ar reprezenta conceperea şi utilizarea a ceea ce R. Feuerstein numeşte „ Harta cognitivă". Harta cognitivă conceptualizeză relaţia dintre caracteristicile unei sarcini şi comportamentul subiectului. Aceasta defineşte actul mental în termenii a 7 parametri: universul de conţinut în jurul căruia se centrează actul mental; limbajul în care este exprimat actul mental; funcţiile cognitive cerute de actul mental; operaţiile cognitive cerute de actul mental; nivelul de complexitate (numărul de unităţi de informaţie pe care le conţine), gradul de noutate şi familiaritate; nivelul de abstractizare (distanţa dintre actul mental şi obiectul sau evenimentul cu care operează); nivelul de eficacitate cu care actul mental este îndeplinit, măsurat în termeni de exactitate şi precizie (obiectiv) sau prin efortul investit în executarea sarcinii (subiectiv).

Drumul spre un design curricular universal presupune şi identificarea obiectivelor, conţinuturilor, strategiilor şi condiţiilor care conduc la dezvoltarea *creativităţii* elevilor, precum şi cursuri opţionale pentru dezvoltarea creativităţii. Cultivarea creativităţii elevilor, pentru a răspunde exigenţelor societăţii contemporane, condiţiilor mereu în schimbare şi solicitărilor deosebite ale locurilor de muncă şi ale pieţii libere a muncii, reprezintă o finalitate fundamentală a educaţiei. O serie întreagă de cercetări (efectuate la noi de: Mihaela Roco, Ana Constantin, V. Belous, Gheorghe Iosif, Margareta Dincă ş.a iar în Psihopedagogia specială Marilena Bratu) a demonstrat posibilitatea cultivării creativităţii elevilor, în condiţiile unui curriculum orientat în acest sens, a unor metode specifice şi a stimulării prin succes a elevilor şi adulţilor. În ultimele două decenii s-au extins cercetările privind creativitatea persoanelor cu handicap senzorial. Aceste cercetări au vizat atât creativitatea talentului special, cât şi creativitatea expresivă, ca actualizare de sine. Cultivarea creativităţii la nevăzători este considerată drept o condiţie esenţială pentru integrarea socială şi profesională în domenii de vârf şi pentru părăsirea modelului tradiţional de profesionalizare (meserii care cer calificare redusă). S-a demonstrat că nevăzătorii, în condiţiile cultivării creativităţii, se pot înscrie printre persoanele înalt creative în diferite domenii sau îşi pot afirma, pe plan naţional şi internaţional, aptitudinile şi talentul pentru care au avut predispoziţii. Un curriculum universal care aspiră la abordarea holistică a diversităţii individuale trebuie să aibă incluse, din momentul proiectării, obiective, conţinuturi, strategii, metode subsumate fiecărui modul disciplinar orientate spre dezvoltarea creativităţii, a competenţelor ştiinţifice şi metacogniţiei.

Orientarea strategiilor curriculare spre dezvoltarea competenţelor elevilor în domeniul ştiinţific şi a creativităţii presupune definirea cât mai exactă, operaţională a indicatorilor dezvoltării unei atitudini ştiinţifice la elevi şi a indicatorilor nivelurilor

demersurilor ştiinţifice în condiţii şcolare. Un design curricular universal, în măsura în care se orientează spre formarea autonomiei personale, în aceeaşi măsură trebuie să asigure un acces universal în vederea dezvoltării creativităţii şi unor capacităţi / competenţe specifice precum (**V. Creţu,** 1982; 2006): de a efectua observaţii ştiinţifice; de a defini şi promova raţionamentul experimental, de a utiliza şi a valorifica modelele utilizate de ştiinţă şi în procesul de învăţământ. Fiecare din aceste competenţe presupune o serie de comportamente care au la bază cunoştinţe, abilităţi şi atitudini.

Capacitatea de a defini şi promova raţionamentul experimental presupune: 1. redefinirea unei probleme, în aşa fel, încât să reiasă necesitatea unei observaţii provocate (experienţă) pe baza unei intervenţii, acţiuni, variaţiei unui factor; 2. emiterea de ipoteze compatibile cu faptele comune, cu achiziţiile ştiinţifice anterioare (a căuta factorii care pot acţiona asupra unui fenomen, a presupune cauzele etc.), cu arsenalul teoretico-metodologic analizat în vederea stabilirii alternativelor care pot conduce la rezolvarea unei probleme; 3. prezentarea argumentelor în sprijinul ipotezei; 4. limitarea presupunerilor nelegate de domeniu, care nu pot fi argumentate; 5. pregătirea intervenţiei experimentale, organizarea şi realizarea montajului experimental; 6. realizarea experimentului ; 7. înregistrarea fidelă a rezultatelor; utilizarea aparatelor de măsură adecvate; 8. formularea de concluzii privind rezultatele obţinute, ipoteza confirmată, cauzele unui fenomen identificate (ştiind că: o anumită cauză are un anumit efect; dispariţia unei cauze determină dispariţia efectului, conform principiului Sublata causa, tollitur effectus) etc.; 9. confruntarea rezultatelor cu ipoteza, dar a conchide pornind de la fapte, de la rezultate şi nu de la ipoteze; 10. extinderea interpretării datelor prin legarea rezultatelor de legile sau principiile pe care le reprezintă.

Capacitatea de a utiliza şi a valorifica modelele utilizate de ştiinţă şi în procesul de învăţământ implică: 1. enumerarea şi identificarea funcţiilor modelelor (relevarea esenţialului unor structuri, fenomene, procese; desprinderea principiului de funcţionare a unui mecanism, instalaţie, aparat; reproducerea aspectelor realităţii care nu sunt accesibile percepţiei directe cu relevarea esenţialului; evidenţierea cauzelor şi interacţiunilor; sintetizarea informaţiei); 2. surprinderea raportului unui anumit model cu realitatea (evidenţierea relaţiilor şi principiilor esenţiale, aproximarea, simplificarea, sărăcirea sau chiar deformarea realităţii prezentate de model); 3. reconstituirea realităţii pornind de la model şi de la celelalte achiziţii şcolare; 4. desprinderea informaţiei directe, din modelele similare deja utilizate în procesul de învăţământ (planşe, machete etc.); 5. cunoaşterea specificului modelelor simbolice utilizate în ştiinţă şi procesul de învăţământ; 6. interpretarea unei scheme, unui grafic, unei diagrame etc; 7. realizarea de analogii de către elev şi materializarea lor cu modele, diagrame, la nivelul informaţiilor deja studiate; 8. proiectarea de modele pentru a fi utilizate în activitatea ştiinţifică sau tehnico-aplicativă.

* *
*

Conceptul Designului universal, principiile acestuia şi implicaţiile respectării lor în accesibilizarea mediului fizic şi informaţional, în designul universal al instruirii şi al învăţării, se cer aprofundate prin studii şi cercetări, inclusiv prin cercetări – acţiune,

desfăşurate cu resursele de inteligenţă şi energie ale cadrelor didactice şi prin luarea în considerare a experienţei acumulate în învăţământul special şi în educaţia incluzivă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

AEBLI H., 1974, *Didactica psihologică,* traducere, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

AGHEANĂ V.,CREŢU V., 2008, „Procesarea conţinutului lecţiei la nivel acţional, iconic şi verbal pentru dezvoltarea gândirii elevului cu handicap mintal. Constatări şi soluţii ameliorative", în *Revista de Psihopedagogie* nr. 1.

ATKINSON, R.L., ATKINSON, R.C., SMITH, E.E., BEN, D.J., 2002, *Introducere în psihologie,* Bucureşti, Editura Tehnică.

AUSUBEL, D.P., ROBINSON, F.G., 1981, *Învăţarea în şcoală. O introducere în psihologia pedagogică,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

AVRAM, E., CIUBOTARU, V. G. (coord.), 2009, *Neuroştiinţa dizabilităţii,* Bucureşti, Editura Universitară.

BÎRZEA, C., 1995, *Arta şi ştiinţa educaţiei,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

BLOOM, B., ENGLEHART, M.D, FURST, E.J., KRATHWOHL, D.R, 1956, *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain.* New York: David McKay Co Inc.

BLOOM, B., 1976, *Human characteristics and school learning,* Mc Graw Hiil Book Company, New York, pg. 40.

BOCOŞ, M., JUCAN, D., 2010, *Fundamentele Pedagogiei. Teoria şi metodologia Curriculum-ului. Repere şi instrumente didactice pentru formarea profesorilor,* Piteşti, Editura Paralela 45.

BONDY, A., DICKY, K., BUSWELL, S., BLACK, D., 2002, *The pyramid approach to education Lesson plans for young children* (vol. I), Pyramid Educational Products, Inc.

BONDY, A., AZAROFF, B., S., 2002, *The pyramid approach to education in Autism,* Pyramid Educational Products, Inc.

BOTKIN, J., ELMANDJIRA,M., MALIŢA, M.,1981, *Orizontul fără limite al învăţării,* Bucureşti, Editura Politică.

BRETT, C., 2009, *Universal Design for Learning and Curriculum Accessibility,* Sonoma State University Center for Teaching and Professional Development.

BROWN, S., EARLAM, C., RACE, P., 1995, *500 Tips for teachers,* London, Kogan Page Limited.

BRUNER, J.S., 1970, *Pentru o teorie a instruirii,* traducere, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

BRUNER, J.S., 1970, *Procesul educaţiei intelectuale,* traducere Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

BUCINSCHI C. , 2004, „De la accesibilităţi la Design universal", în *Societate şi Handicap* , nr. 1, Bucureşti.

BURGSTAHLER, S., 2007, *Equal access: Universal design of instruction.*, University of Washington. *http://www.washington.edu/doit/Brochures/Academics/equal_access_udi.html.*

CENTER FOR UNIVERSAL DESIGN, 1997, *The center for universal design: Environments and products for all people.* Raleigh, NC: North Carolina State University.

CERGHIT, I., 2008, *Sisteme de instruire alternative şi complementare - structuri, stiluri şi strategii,* Iaşi, Editura Polirom.

CERGHIT, I., NEACŞU, I., NEGREŢ – DOBRIDOR, I., PÂNIŞOARĂ, I. O., 2001, *Prelegeri pedagogice,* Iaşi, Editura Polirom .

CIANCI, P., PARKER , R., , BREWER, J., 2003, *The Universal Design Curriculum,* The Center for Applied Special Technology (CAST) and the National Center to Improve the Tools of Educators (NCITE).

CIOLAN, L., 2003, *Dincolo de discipline – Ghid pentru învăţarea integrată/cross-curriculară,* Bucureşti, Editura Humanitas Educaţional.

CIOLAN, L., 2008, *Învăţarea integrată – Fundamente pentru un curriculum transdisciplinar,* Iaşi, Editura Polirom.

CREŢU, V., 1980, „Direcţii de colaborare interdisciplinară în învăţământul gimnazial", în *Revista de Pedagogie,* nr. 5.

CREŢU, V., 1993, „Proiectarea unei discipline de învăţământ în vederea tratării diferenţiate a elevilor din şcolile ajutătoare", Bucureşti, *Revista de Educaţie Specială,* nr. 2.

CREȚU, V., 1995, „Formarea operatorilor logici la elevii cu handicap mintal, I și II". Revista *Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*, nr. 1-2/1995 și 1/1996.

CREȚU, V., 2001, „Modul curricular pentru educația specială a copiilor cu handicap mintal sever" în: *Revista Societate și Handicap*, București.

CREȚU, V., 2006, „Importanța tehnologiilor asistive și de acces pentru prevenirea excluderii persoanelor cu handicap vizual", în *Documentele Uniunii Europene și în Strategia Națională 2006 – 2013. Studiu comparativ, Revista de Psihopedagogie,* nr. 2.

CREȚU, V., 2006, *Incluziunea socială și școlară a persoanei cu handicap. Strategii și metode de cercetare*, București, Editura Printech.

CRISTEA S., 2006, *Curriculum pedagogic pentru formarea cadrelor didactice*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

CYTOWIC, R. E., 1996, *The neurological side of neuropsychology*, Cambridge: The MIT Press.

DARE, A., O'DONOVAN, M., 1997, *Good practice in caring for young children with special needs*, Stanley Thornes Publishers, England.

DAVITZ,J.R., BALL ,S., 1978, *Psihologia procesului educațional,* București, Editura Didactică și Pedagogică.

DE LANDSHEERE G., 1979, *Definirea obiectivelor educației*, traducere, București, Editura Didactică și Pedagogică.

DE LANDSHEERE, G., 1976, *Evaluarea continuă a elevilor și examenele*, traducere, București, Editura Didactică și Pedagogică.

DORON, R., PAROT F., 2006, *Dicționar de Psihologie*, București, Editura Fundației Humanitas, traducere.

DUBOSSON, J., 1926, *Exercices perceptifs et sensori-moteurs,* Paris, Delachaux et Niestlé.

DUMITRIU, GHE., DUMITRIU, C., 2003, *Psihopedagogie*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

EPURAN, M., 1985, *Pedagogie și psihologie. Învățarea școlară*, București, I.E.F.S.

ERICKSON, H.,L., 2002, *Concept-Based Curriculum and Instruction (Teaching Beyond the Facts)*, California, Thousand Oaks, Corwin Press.

EWELL, P.T., 1997, *Organizing for Learning : A point of entry*, Natrional Center for Higher Education Management System, http://www.intime.uni.edu/model/learning.

FEUERSTEIN, R., RAND, Y., HOFFMAN M., 1979, *The dynamic assessment of retarded performers, Learning potential assessment device - Instrument and technique*, Baltimore University, Park Press.

FEUERSTEIN, R., RAND, Y., HOFFMAN, M., MILLER, R., 1980, *Instrumental Enrichment: An intervention program for cognitive modificability*, Baltimore, University Park Press.

FRAISSE, P. , PIAGET, J., 1967, *Traité de psychologie experimentale*, Paris, P.U.F.

FUCHS, D., FUCHS, L. S., 2006, *Introduction to response to intervention: What, why, and how valid is it ?*, Reading Research Quarterly, 41(1), 93-99.

GHERGUȚ, A., 2001, *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale – Strategii de educație integrată*, Iași, Editura Polirom.

GHERGUȚ, A., 2005, *Sinteze de psihopedagogie specială – ghid pentru concursuri și examene de obținere a gradelor didactice*, Iași, Editura Polirom.

GOLU, P., 2001, *Psihologia învățării și dezvoltării*, București, Editura Fundației Humanitas.

GULLIFORD, R., 1976, *Special educational needs*, London, Routledge & Kegan Paul Ltd.

HAINAUT, L., (coord.), 1980, „L'organisation modulaire", în: *Programmes d'etudes et d'education permanente,* Presses de l'Unesco, Paris,.

HILGARD, E.R., BOWER, G.H., 1974, *Teorii ale învățării*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

ILIE, M., D., (COORD), STRUNGĂ, C., PETRESCU, M., CODOREANU, G.,I., HARKAI, M., ȚÎRU, C., M., 2009, *Teoria și metodologia curriculumului*, Timișoara, Editura Mirton.

IN SEARCH OF A CURRICULUM, 1993, Notes on the Education of Mentally *Handicapped Children* by Staff of Rectory Paddock School, Kent, Robin Wren Publications.

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHES PEDAGOGIQUES, 1982, *Biologie dans les CES experimentaux,* Paris.

IOSIF, GHE., 1993, „Unele precizări privind relațiile dintre modelul mental, reprezentare și modelul cognitiv", București, în *Revista de psihologie* nr. 4.

JOIȚA, E., 2009, *Știința educației prin paradigme*, Iași, Institutul European.

KIDD, J.R.,1981, *Cum învață adulții,* București, Editura Didactică și Pedagogică.

LOWE, H.,1978, *Introducere în psihologia învăţării,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

MATHER, N., GOLDSTEIN, S., 2008, *Learning disabilities and Challenging Behaviors: a guide to intervention and classroom management,* Paul H. Brookes Publishing House, Baltimore, Maryland.

MIALARET, G., 1998, *La Psychopédagogie,* Paris, Presses Universitaires de France, 4-ème édition corrigée.

MOSCOVICI S., 1997, *Psihologie socială sau Maşina de fabricat zei,* Iaşi, Editura Polirom.

MUŞU, I., 1991, „Problematica curriculum-ului pentru învăţământul special" în *Revista de Educaţie specială,* nr. 1.

NEACŞU, I.,1999, *Instruire şi învăţare,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

NEGOVAN,V., 2007, *Psihologia învăţării,* Bucureşti, Editura Universitară.

NEGREŢ-DOBRIDOR, I., 2008, *Teoria generală a curriculumului educaţional,* Iaşi, Editura Polirom.

NICULESCU, M., R., 2000, *Curriculum educaţional,* Bucureşti, Editura ProHumanitate.

NIND, M., RIX, J., SHEEHY, K., SIMMONS, K., 2005, *Curriculum and Pedagogy in Inclusive Education – Values into Practice,* London, The Open University.

NORTH CAROLINA STATE UNIVERSITY, 1997, *What is universal design ?* College of Design. Center for Universal Design.

ONU , 2006, *Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi,* Bucureşti, trad. www. anph.ro.

ONU, 1994, *Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap,* Bucureşti, Reprezentanţa UNICEF în România.

PIAGET, J., 1973, *Naşterea inteligenţei la copil,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

PIAGET, J., INHELDER, B., 1964, *La representation de l'espace chez l'enfant.* Paris, P.U.F.

PIAGET, J., 1965, *Psihologia inteligenţei,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

PIAGET, J., 1976, *Cunoaşterea realului la copil,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

POPESCU-NEVEANU, P., 1978, *Dicţionar de psihologie,* Bucureşti, Editura Albatros.

POPESCU-NEVEANU, P., 1977, *Curs de Psihologie Generală, vol. II,* Bucureşti, Universitatea din Bucureşti.

POPOVICI, D., V., 2007, *Orientări teoretice şi practice în educaţia integrată,* Arad, Editura Universităţii Aurel Vlaicu.

POTOLEA, D., NEACŞU, I., IUCU R., PÂNIŞOARĂ, I.O., 2008, *Pregătirea psihopedagogică. Manual pentru definitivat şi gradul didactic II.* Iaşi, Editura Polirom.

Programul de îmbogăţire instrumentală feuerstein (P.I.I.F.) – concepte fundamentale, 1994, traducere I. Manolache, Bucureşti, Institutul de Ştiinţele Educaţiei.

RACU, A., POPOVICI, D.,V., DANI, A., CREŢU, V., 2009, *Intervenţia recuperativ-terapeutică pentru copiii cu dizabilităţi multiple,* Chişinău, Editura Ruxandra.

RADU, GHE., 1999, *Psihopedagogia dezvoltării şcolarilor cu handicap,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

RADU, GHE., 2000, *Psihopedagogia şcolarilor cu handicap mintal,* Bucureşti, Editura ProHumanitate.

RADU, I., ş.a., 1991, *Introducere în psihologia contemporană,* Cluj-Napoca, Editura Sincron.

RAPORT DE CERCETARE PRO INCLUZIV 111/ 2005 CEEX, 2006, *Studiu pentru determinarea nevoilor specifice ale utilizatorilor cu handicap vizual: elaborare de ipoteze şi metode, culegerea datelor şi analiza rezultatelor.* Responsabil obiectiv - conf.univ.dr Verginia CREŢU, *Programul Cercetare de Excelenţă Metode şi instrumente pentru crearea de interfeţe multimodale, necesare dezvoltării sistemelor informatice inclusive cu grad ridicat de accesibilitate,* Bucureşti.

RAYNAL, F.R., RIEUNIER, AL., 1997, *Pedagogie: dictionnaire des concepts cles (apprentisages, formation et psychologie cognitive),* Paris, E.S.F.

REZOLUŢIA CONSILIULUI EUROPEAN nr. 2003/C39/03 referitoare la *eAcesibilitatea - în vederea îmbunătăţirii accesului persoanelor cu handicap în societatea bazată pe cunoaştere,* 6 februarie, 2003.

RIEBEN L., DE RIBAUPIERRE A. ,LAUTREY J., 1983, „Le developpement operatoire de l'enfant entre 6 et 12 ans Elaboration d'un instrument d'evaluation", Paris, Editions du Centre National de la Recerche Scientifiques, *Monographies francaises de psychologie.*

ROSE, A. MEYER, HITCHCOCK, C., 2005 (eds), *The universally designed classroom: Accessible curriculum and digital technologies* (pp. 52-96). Cambridge, MA: Harvard Education Press.
ROSE, D.H., MEYER, A., 2002, *Teaching every student in the digital age: Universal design for learning*, Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
ROSE, R., BYERS, R., 2004, *Planning the curriculum for pupils with special educational needs*, London, David Fulton Publishers.
ROŞCA, AL., (sub red.), 1975, *Psihologie generală,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
RUBINSTEIN, S.L., 1960, *Existenţă şi conştiinţă,* Bucureşti, Editura Ştiinţifică.
SĂLĂVĂSTRU, D., 2009, *Psihologia învăţării – teorii şi aplicaţii educaţionale*, Iaşi, Editura Polirom.
SCOTT, S.S., MCGUIRE, J.M, SHAW, S.F., 2001, *Principles of Universal Design for Instruction.* Storrs, CT: University of Connecticut, Center on Postsecondary Education and Disability.
SIEBERT, H., 2001, *Pedagogie constructivistă*, Iaşi, Institutul European.
STRANGEMAN N., HITCHCOCK C., HALL T., MEO, G., et al., 2006, *Response-to-Instruction and Universal Design for Learning: How Might They Intersect in the General Education Classroom?* Center for Applied Special Technology, The Access Center: Washington DC.
THE CENTER FOR UNIVERSAL DESIGN, 1997, *The Principles of Universal Design,* NC State University.
THOMAS, D., WOODS, H., 2003, *Working with people with learning disabilities: theory and practice*, England, Jessica Kingsley Publishers.
THOMPSON, S. J., JOHNSTONE, C. J., THURLOW, M.L., 2002, *Universal Design Applied to large scale Assessment* (Synthesis Report nr. 44) Minneapolis MM, University of Minnesota, National Center on Educational Outcomes.
UNESCO, 1994, „Declaraţia de la Salamanca şi direcţiile de acţiune în domeniul educaţiei speciale", *Conferinţa mondială asupra educaţiei speciale: Acces şi calitate*, Salamanca, Spania, 7-10 iunie 1994, Bucureşti, Reprezentanţa UNICEF în România.
VERNON, A., 2009, *Programul Paşaport pentru success în Dezvoltarea Emoţională, Socială, Cognitivă şi Personală a copiilor din clasele I-IV*, Cluj Napoca, Editura RTS.
VERZA, E. (coord.), 1997, *Metodologii contemporane in demeniul defectologiei şi logopediei*, Tipografia Universităţii din Bucureşti.
VERZA, E., 1997, *Manualul de psihopedagogie specială,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
VERZA, E., MUŞU, I., (coord), 1993, *Programe şcolare pentru Clasele V – VIII, Şcoli speciale*, Ministerul învăţământului, Secretariatul de Stat pentru Handicapaţi, Institutul Naţional pentru Recuperare şi Educaţie specială a Persoanelor Handicapate, Aprobate cu nr. 32725/1993, Bucureşti.
VRĂSMAŞ, T., 2004, *Şcoala şi educaţia pentru toţi*, Editura Miniped, Bucureşti.
VRĂSMAŞ ECATERINA, VRĂSMAŞ, T., 2002, *Curriculum pentru copiii cu deficienţe (dizabilităţi) severe şi profunde*, Bucureşti, Asociaţia RENINCO România, Reprezentanţa UNICEF în România.
WARNER, H., K., (ed.) 2006, *Challenge together,* London, New York : Routledge.
WELL – BARAISE, A., 1993, *L'homme cognitif*, Paris, P.U.F.
ZLATE, M., 1999, *Psihologia mecanismelor cognitive*, Bucureşti, Editura Polirom.
CENTER FOR APPLIED SPECIAL TECHNOLOGY (CAST) *http://www.cast.org/udl/*
THE CENTER FOR UNIVERSAL DESIGN
http://www.design.ncsu.edu/cud/
http://www.washington.edu/doit/Brochures/Academics/equal_access_udi.html,
http://www.ncsu.edu/ncsu/design/cud/index.html,
http://www.design.ncsu.edu/cud/univ_design/ud.html

CAPITOLUL XVI
INTERVENȚIA DE STARE PENTRU PERSOANELE ÎN DIFICULTATE

1. CONCEPȚII ȘI FUNCȚII ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ

Începută ca activitate neorganizată, filantropică, de binefacere, pentru diverse persoane și categorii defavorizate și desfășurată prin grija bisericii sau a unor domnitori, asistența socială a cunoscut un drum cu suișuri și coborâșuri, mai ales la noi în țară, unde, în perioada comunistă, între 1945-1989, rețeaua creată a fost desființată, aceasta incluzând sistemul asistențial, dar și cel de formare a specialiștilor.

Unele dintre primele *eforturi comune, organizate* la nivel mondial, în scopul asigurării siguranței economice a indivizilor au fost inițiate de asociațiile de lucrători, de societăți de ajutor reciproc și de sindicate. A fost reglementată, prin lege, abia în sec. XIX-XX, odată cu apariția primului program modern, în Germania, în 1883.

La noi în țară, după 1989, formele și metodele de asistență socială s-au extins. Asistența socială, dezvoltată rapid după 1990, a avut mai degrabă un caracter fragmentat, constituit mai ales în jurul unor situații de criză, fără priorități clar stabilite. Imediat după 1990, sistemul de asistență socială a avut ca obiectiv asigurarea unei protecții minimale, legislația adoptată în această perioadă având în vedere dezvoltarea unui sistem de beneficii pentru depășirea perioadei de tranziție către o economie de piață. Încercarea de descentralizare rapidă, care a avut loc mai ales după 1997, a generat incoerență organizațională, costuri sociale ridicate, și a scăzut capacitatea de supervizare și control, în același timp funcționând mai multe instituții de coordonare pe domenii sectoriale, cum sunt copiii în dificultate, persoanele vârstnice, persoanele cu handicap etc. Treptat, însă, rețeaua a început să fie reactivată, prin înființarea în cadrul Guvernului a unor instituții descentralizate care au ca problematică protecția și asistența socială, iar în cadrul fiecărui județ s-au constituit direcții specializate. Complementar, au apărut instituții neguvernamentale, centrate pe nevoile concrete ale individului și, de multe ori, mai eficiente.

Asistența socială ar putea fi privită, dintr-un anumit punct de vedere, ca o asigurare din fondurile publice a securității economice și a protecției sociale orientată spre persoanele și familiile aflate în situații de pierdere a veniturilor, ca urmare a șomajului, a accidentelor de muncă, a maternității, a bătrâneții, a bolii, a decesului.

Este cunoscut că în toate momentele evoluției omenirii au existat persoane cu mai puține șanse, dar și fenomene care au pus în pericol comunitățile. Constatarea, care decurge imediat, este că de fiecare dată când vulnerabilitățile sau disfuncțiile individuale sau comunitare deveneau alarmante, interveneau, în mod empiric, anumite răspunsuri de reglare a situației, din partea societății.

Deci, nu situația de asistat și reacțiile societății reprezintă noutatea în asistența socială, ci:

- instituționalizarea definitivă a serviciilor de asistență socială, pe tipuri de probleme;
- desfășurarea activităților de intervenție de către profesioniști abilitați prin studii de profil. (**G. Neamțu**, 2003, pag. 474).

Asistența socială reprezintă „un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii specializate de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităților care au probleme speciale, aflate temporar în dificultate și care, din cauza unor motive de natură materială, socio-economică, psihologică, biologică, nu pot să-și realizeze prin mijloace și efort propriu un mod de viață considerat normal, decent" (**C. Zamfir, Elena Zamfir**, 1995, pag. 100). Ea poate fi privită din mai multe perspective: ca profesie, cu statut, obiective și caracteristici proprii; ca sistem de formare a specialiștilor în domeniu; ca sistem de servicii și activități desfășurate în folosul individului sau cel comunitar.

Sistemul de asistență socială are drept scop stabilirea relațiilor dintre societatea instituită și grupurile defavorizate, marginalizate, un rol deosebit avându-l comunitatea locală. În practica asistenței sociale, se urmărește, prin aplicarea unor valori, principii și tehnici specifice domeniului, sprijinirea oamenilor pentru obținerea de resurse și servicii, consilierea și susținerea psihologică a indivizilor și a grupurilor, crearea sau îmbunătățirea unor servicii de specialitate, în conformitate cu nevoile sesizate, la nivel comunitar, promovarea acestora la nivelul politicilor sociale, a legislației.

Componentă subsidiară a sistemului de protecție socială, alături de asigurările sociale, asistența socială reprezintă un mod de punere în practică a programelor de sprijin, prin multiple servicii sociale specializate pentru a răspunde nevoilor celor aflați în dificultate. Serviciile de asistență socială oferă o protecție minimală celor aflați într-o situație dificilă. Prestațiile sociale sunt finanțate din banul public sau din donații și reprezintă imaginea solidarității sociale, ajutorul acordat pentru o perioadă de timp nu este condiționat de vreo contribuție a beneficiarilor sau de vreo condiție de restituire a valorii ajutorului.

Asistența socială se axează pe un sistem de valori, norme și principii care se aplică în practică printr-o metodologie specifică. Există o strânsă legătură între *teorie* în asistența socială, ca domeniu de interferență a cunoștințelor din sociologie, antropologie, psihologie, pedagogie socială, medicină, psihopedagogie specială, politici sociale ș.a., și *practică,* intervențiile în sfera practică, bazându-se pe informațiile din aceste domenii.

Obiectivul principal al asistenței sociale este de a sprijini persoanele aflate în dificultate pentru a obține condițiile necesare unei vieți normale, ajutându-le să-și dezvolte propriile capacități și calități, deci, de a compensa lipsurile pe care persoanele asistate le au și de a le dezvolta capacitatea adaptativă, cu scopul de a ieși, astfel, din sfera serviciilor de asistență. Eficiența serviciilor de asistență socială este dată de „gradul de cunoaștere și de explicare corectă a persoanelor, fenomenelor și mediilor sociale asupra cărora se acționează" (**V. Miftode,** 1995, pag. 14).

Asistența socială oferă celor aflați în dificultate (familii sărace, delincvenți, cupluri dezorganizate, șomeri, persoane dependente de alcool, de droguri, persoane cu deficiențe, copii abandonați, persoane bătrâne neajutorate etc.) posibilitatea cunoașterii și

accesului la servicii specializate de protecție socială, îi consiliază în înțelegerea cadrului legislativ de protecție socială, poate mobiliza grupurile și comunitatea pentru a influența activ politicile sociale.

Sistemul de asistență socială diferă de la o țară la alta, în funcție de resursele bugetare ale statelor, de specificul problemelor, de ideologia și tradițiile asistențiale. **C. Bocancea și G. Neamțu** (1999, pag. 70) sintetizează cele două dimensiuni principale ale activităților de asistență socială:

a) *dimensiunea economică*, referitoare la alocarea de resurse materiale și financiare pentru persoane aflate temporar în situații dificile din acest punct de vedere, cum ar fi: persoanele sărace, copiii abandonați, orfanii, bătrânii fără familii și pensii, persoanele cu deficiențe, persoanele afectate de calamități ș.a.

b) dimensiunea propriu-zis socială și psiho-socială care cuprinde activitățile de integrare și reintegrare a indivizilor sau a grupurilor, în mediul familial, profesional, normativ, dar și asistența persoanelor dependente de alcool și droguri, delincvenților, medierea conflictelor din sau dintre grupuri, consilierea în problemele de cuplu ș.a.

Activitățile de asistență socială trebuie să se concentreze pe latura social-economică, dar și pe cea psihologic-instrumentală. Considerând ca sursă aparentă a problemelor sociale, în majoritatea cazurilor, sărăcia, în practica asistențială „acțiunea tinde să se concentreze pe aspectul economic, neglijând latura socială sau psihologică, unde se ascunde de multe ori adevărata cauză și resursa de recuperare" (**P. Ștefăroi**, 2009, pag. 29). În cadrul programelor de asistență socială se asigură clienților ajutor financiar, moral, psihoterapie, consiliere, dar activitățile din acest domeniu vizează și prevenirea unor situații de viață dezechilibrate, sub aspect economic, psihologic, cultural sau moral, atât pentru grupuri, cât și pentru indivizi.

Marginalizarea constituie o altă problemă care se înscrie în preocupările serviciilor de asistență socială, fiind legată, pe de o parte de starea de sărăcie, dar nu numai. Persoanele și familiile sărace, persoanele cu handicap, bătrânii, consumatorii de droguri, diferite categorii de minorități (sociale, naționale, sexuale) pot fi marginalizate sau excluse social.

Tot în problematica generală a asistenței sociale se înscriu și prevenirea și acțiunile reparative în urma violenței, abuzului fizic și emoțional asupra copilului, exploatarea sexuală sau prin muncă a acestora, neglijarea sau abandonul.

Sistemul de valori ale asistenței sociale

În decursul timpului, s-au cristalizat o serie de valori cu importanță în teoria și în practica asistenței sociale. Valoarea reprezintă aprecierea pe care un subiect o manifestă față de un obiect, fie el lucru, idee, relație etc., în funcție de satisfacerea unui ideal sau a unei nevoi.

Valorile sunt esențiale pentru definirea asistenței sociale, ele fiind la baza acestei practici, constituind cel puțin una dintre condițiile sale, fiind sursă pentru tehnicile specifice domeniului, dar și unul dintre aspectele particulare ale interacțiunii dintre asistenții sociali și clienții lor.

C.S. Levy, în Social Work Ethics (1976) afirma: „Asistența socială este o profesie bazată pe valori. Nu este numai un mod de a face ceva, ci o constelație de preferințe despre ceea ce merită făcut. Este străbătută de aspirații idealiste privind persoanele şi de noțiuni idealiste despre cum trebuie tratați oamenii." (*apud* G. Neamțu, 2003, pag. 451).

Valorile specifice asistenței sociale nu sunt doar proprii ei, dar pot fi privite ca păreri, convingeri despre oameni şi despre felul în care ei trebuie tratați. Practica asistenței sociale se bazează, după unii, pe două convingeri valorice principale: *credința în unicitatea şi demnitatea fiecărei persoane* şi *credința în dreptul clientului la autodeterminare* (**G. Neamțu**, 2003, pag. 322).

Referitor la cea dintâi valoare generală, se au în vedere mai multe aspecte. Astfel, se consideră că fiecare persoană este unică şi trebuie să i se respecte demnitatea, ea fiind scop şi nu mijloc pentru atingerea unor scopuri. Se precizează că asistența socială nu îşi propune să modifice mediul sau indivizii spre un scop ideal, ci să regleze relațiile dintre indivizi şi mediul lor, încurajând diversitatea acestora.

În ceea ce priveşte cea de-a doua valoare, autodeterminarea clientului, se consideră că fiecărui om trebuie să i se permită să ia decizii în legătură cu propria persoană, să fie răspunzător pentru aceste decizii şi să nu afecteze prin ele celelalte persoane. Autodeterminarea înseamnă capacitatea persoanei de a-şi exercita puterea de a opta, de a decide într-un fel sau altul şi poate fi sporită prin eliminarea barierelor exterioare sau interioare care îi pot limita posibilitățile. În general, asistentul social nu îl poate obliga pe asistat să ia anumite decizii sau să se schimbe într-un sens sau altul. Decizia de schimbare derivă din dorința exprimată a asistatului de a aplica un plan de acțiune stabilit în comun cu profesionistul. Sunt însă şi cazuri în care asistentul are autoritatea legală de a-l determina pe client să facă anumite acțiuni, în cazul celor dependenți, care au nevoie de protecție, de exemplu copiii instituționalizați, bătrânii, persoanele cu handicap, sau în cazul celor care se reabilitează în urma încălcării unor norme sociale, cum ar fi delincvenții, bolnavii mintal sau toxicomanii.

Valorile specifice asistenței sociale pot fi structurate pe mai multe categorii:

a) ***Valori orientate spre individ***, care presupun: demnitatea individuală, respectul față de persoană, respectarea intimității, dreptul de opțiune, confidențialitatea.

b) ***Valorile orientate spre comunitate*** includ: cooperarea cu actorii sociali; respectul față de tradițiile şi modelul cultural local; formarea în comunitate a abilităților de asistență socială modernă; dreptul de opțiune al familiei; dreptul la autonomie al comunității; dreptul la protecție socială față de orice risc ş.a.

c) ***Valori centrate pe practica asistenței sociale,*** care vizează: conştientizarea importanței interrelațiilor între factorii şi domeniile asistenței sociale; evitarea discriminărilor de orice fel în intervențiile serviciilor de asistență socială; conştientizarea pericolului comportamentului rasist, individual şi de grup şi combaterea lui; identificarea rădăcinilor comportamentelor discriminatorii în practica de asistență socială; recunoaşterea necesității de a promova politici nondiscriminatorii şi de a le pune în practică.

d) ***Valorile asistenței sociale și statusul asistentului social*** privesc obligația de a asigura dreptatea socială, protecția și bunăstarea socială, creșterea calității vieții individului, familiei și comunității, combaterea formelor de discriminare, marginalizare.

În valorile generale ale asistenței sociale își au rădăcinile și ***principiile etice generale***, de care trebuie să țină cont orice profesionist în domeniu: 1. să respecte clientul; 2. să îl accepte așa cum este el; 3. să nu condamne clientul; 4. să aprobe dreptul lui la autodeterminare; 5. să respecte încrederea lui.

Pentru garantarea accesului egal la drepturile prevăzute de legislația în vigoare, ***sistemul de asistență socială se întemeiază***, așa cum apare în Legea nr. 47 din 8 martie 2006, privind sistemul național de asistență socială, la art. 4, ***pe următoarele principii generale:***

a) ***universalitatea***, potrivit căreia fiecare persoană are dreptul la asistență socială în condițiile prevăzute de lege;

b) ***respectarea demnității umane***, potrivit căreia fiecărei persoane îi este garantată dezvoltarea liberă și deplină a personalității;

c) ***solidaritatea socială***, potrivit căreia comunitatea participă la sprijinirea persoanelor care nu își pot asigura nevoile sociale, pentru menținerea și întărirea coeziunii sociale;

d) ***parteneriatul***, potrivit căruia autoritățile administrației publice centrale și locale, instituțiile de drept public și privat, structurile asociative, precum și instituțiile de cult recunoscute de lege cooperează în vederea acordării serviciilor sociale;

e) ***subsidiaritatea***, potrivit căreia, în situația în care persoana sau familia nu își pot asigura, integral, nevoile sociale, intervin colectivitatea locală și structurile ei asociative și, complementar, statul;

f) ***participarea beneficiarilor***, potrivit căreia, beneficiarii măsurilor și acțiunilor de asistență socială contribuie activ la procesul de decizie și de acordare a acestora;

g) ***transparența***, potrivit căreia se asigură creșterea gradului de responsabilitate a administrației publice centrale și locale față de cetățean, precum și stimularea participării active a beneficiarilor la procesul de luare a deciziilor;

h) ***nediscriminarea***, potrivit căreia, accesul la drepturile de asistență socială se realizează fără restricție sau preferință față de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, categorie socială, opinie, sex ori orientare sexuală, vârstă, apartenență politică, dizabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare HIV sau apartenență la o categorie defavorizată, precum și orice alt criteriu care are ca scop ori ca efect restrângerea folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale.

Fundamentarea pe baze științifice, a asistenței sociale în secolul XX, a fost propulsată de două aspecte: presiunea nevoii sociale, dar și de o experiență amplă a actelor de asistare. Acestea au concurat la formularea principiilor, obiectivelor, teoriilor în asistența socială și au stimulat găsirea de metode, tehnici și strategii pentru activitatea de asistență.

V. Miftode (1999) sintetizează funcțiile pe care le au teoriile asistenței sociale:

- funcție orientativă, pentru că orientează activitatea practică a asistentului social;

- funcţie cognitivă, pentru că permite practicianului să descrie, să analizeze şi să explice problemele cu care se confruntă clienţii, urmând să ia ulterior deciziile cele mai corecte, dar să aibă şi un model de plecare în analiza altor cazuri ulterioare;
- funcţie critică, vizând teoretizarea disfuncţiilor din societate;
- funcţie prospectivă, permiţând specialistului să prevadă evoluţia problemelor, să facă predicţii, să anticipeze consecinţele diferitelor situaţii cu care se confruntă;
- funcţia acţionalistă şi transformatoare, oferind şansa ca, în urma analizei problemelor sociale, să poată acţiona în sensul schimbărilor, transformărilor în diverse domenii.

Sunt cunoscute teorii generale ale asistenţei sociale şi teorii specifice. Printre teoriile generale, amintim: ***Teoria acţiunii sociale, Teoria reţelelor*** **şi** ***Teoria îngrijirii.*** Cea dintâi teorie se referă la faptul că acţiunea socială se poate realiza individual sau în colectiv, cu scopul de a finaliza activităţi cu o anumită utilitate, acţiune ce presupune nu numai implicarea asistentului social, a serviciilor de asistenţă socială, dar şi a clienţilor asistenţei sociale. „În societăţile cu resurse social-economice crescute, pentru ajutorarea persoanelor sau a grupurilor vulnerabile sunt oferite mai multe posibilităţi din care asistentul social o alege pe cea mai avantajoasă, astfel încât să creeze o perspectivă de lungă durată pentru confortul psihic şi economic al clienţilor care traversează dificultăţi majore sau care trăiesc stări frustrante, anxioase, tensionale, în familie şi comunitate. ” (**F. E. Verza**, 2002, pag. 250).

Teoria reţelelor porneşte de la teoria sistemică, potrivit căreia abordarea problemelor persoanei asistate trebuie să se facă având în vedere existenţa indivizilor într-o reţea de relaţii şi influenţe. V. Miftode (1999) sugerează că în acţiunile sociale sunt implicate cel puţin trei părţi, de care trebuie să se ţină seama în analiza cazului: a) *sistemul asistentului social*, care se implică în acţiune cu subiectivismul său, cu personalitatea sa, cu cunoştinţele şi experienţele pe care le are şi care, toate, pot influenţa demersurile sale; b) *contextul social*, cuprinzând mediul politic, economic, cultural, religios în care se desfăşoară acţiunea; c) *sistemul client*, cu particularităţile sale specifice. Potrivit acestei teorii, „comportamentul uman este determinat de structura şi funcţiile reţelei sociale din care face parte individul şi care este în interacţiune şi interdependenţă cu reţelele de influenţă, determinând viaţa socială a acestuia ” (**F. E. Verza**, 2002, pag. 253).

Teoria îngrijirii ocupă un loc important, trăgându-şi esenţa din obiectivul fundamental al sistemului asistenţei sociale şi vizează atât individul în situaţia de risc, cât şi familia din care face parte, mediul social degradant, grupul problemă, comunitatea sau colectivitatea.

Din perspectiva teoriei îngrijirii, obiectivele asistenţei sociale sunt: asigurarea independenţei clientului, oferirea asistenţei sociale pentru familiile persoanelor cu dizabilităţi, a copiilor orfani, a persoanelor în vârstă. Pentru majoritatea oamenilor, autoîngrijirea constituie forma firească a asigurării condiţiilor normale de viaţă, atunci când ne raportăm la o societate care funcţionează normal. Există însă şi minorităţi, alcătuite din indivizi sau grupuri marginalizate, vulnerabile, dependente, pentru care autoîngrijirea nu este posibilă, tocmai aici intervenind sistemul de protecţie şi asistenţă socială.

Îngrijirea socială este complexă, punând accent pe intervenția specifică în funcție de fiecare caz în parte, conținutul principal al îngrijirii sociale fiind constituit de acțiunea practică adaptată nevoilor, ansamblului stărilor de vulnerabilitate. Asigurarea independenței clienților implică îmbunătățirea condițiilor de viață ale acestora și participarea lor la toate domeniile de activitate existente.

În practica asistenței sociale, sunt cunoscute mai multe teorii specifice, de care se ține cont în abordarea cazurilor. Printre acestea, amintim:

Teoria atașamentului deschide calea înțelegerii corecte a procesului de dezvoltare psiho-socială a personalității indivizilor. A apărut ca urmare a cercetărilor efectuate de John Bowbly asupra copiilor rămași orfani după cel de-al doilea război mondial, care au dovedit că lipsa atașamentului poate duce la periclitarea dezvoltării normale.

Atașamentul reprezintă apropierea preferențială, dezinteresată și aproape inconștientă a unei persoane față de o altă persoană. Semnele pure ale atașamentului sunt vizibile la copii, dar atașamentul are un caracter dinamic, el apare, se maturizează, se poate deteriora, poate slăbi. Pe măsură ce apar la copil conștiința de sine și aspirația de individualitate, atașamentul își schimbă natura, formele de manifestare și scade în intensitate.

Pentru a se ajunge la dezvoltarea normală a unui adult, stabil emoțional și echilibrat psihic, este necesară asigurarea creșterii favorabile a copilului, a afecțiunii și siguranței familiale, a responsabilităților și independenței individuale, în caz contrar, fiind posibile: pierderea propriei identități, pierderea apartenenței la familie sau comunitate, refuzarea ajutorului și relațiile cu ceilalți. Relațiile de atașament au scopul de a proteja persoanele mai slabe, mai vulnerabile, în relație cu factori care le pot afecta, așa cum părintele își protejează copilul, îl ajută să se dezvolte și să se adapteze la cerințele vieții.

Teoria atașamentului a avut o importantă influență asupra practicii asistenței sociale și asupra politicilor sociale.

Teoria pierderii este derivată din teoria atașamentului și înrudită cu teoria anxietății. Ea este implicată în activitățile de asistență socială, deoarece cei mai mulți dintre clienți (asistați) au suferit pierderi afective care au generat sau agravat starea de vulnerabilitate sau dependență în care aceștia se găsesc. Fiecare pierdere afectivă pe care clientul o suferă parcurge mai multe faze:

- șoc, neîncredere, derutare;
- negare;
- încercare de regăsire a persoanei pierdute;
- mânie, vină;
- disperare, deprimare, închidere în sine;
- acceptarea situației și reconstrucția interioară.

Rolul activităților de asistență socială este de a ajuta aceste persoane să treacă mai ușor prin fazele mai sus amintite.

Teoria etichetării pornește de la presupunerea că o acțiune umană este deviantă nu atât datorită caracteristicilor ei intrinseci, ci ca urmare a reacției sociale pe care ea o trezește. Odată etichetată ca fiind deviantă, o acțiune devine cu adevărat deviantă, deoarece consecințele sale sunt generate de etichetarea însăși, și nu de acțiune ca atare.

Sociologul american H. S. Becker, este cel care a întemeiat teoria etichetării sociale și a arătat că un act etichetat ca infracțiune determină producerea unei infracțiuni

deoarece individul are totdeauna tendința de a-și însuși consecințele definirii acțiunii sale de către ceilalți și de a se comporta ca atare.

Teoria etichetării pune accentul pe două consecințe: crearea stigmatului și modificarea imaginii de sine a persoanei etichetate. Forța acestor presiuni sociale poate duce la o a doua consecință a etichetării: individul începe să creadă în judecata societății și astfel ajunge să-și modifice imaginea de sine și comportamentul pentru a se conforma etichetei, devenind astfel, persoana descrisă de etichetă.

Cercetări numeroase, privind efectele etichetării, s-au făcut privind comportamentul și imaginea de sine a delincvenților, a săracilor.

Teoria participării. Participarea pune accentul pe drepturile asistatului. Acesta este încurajat să devină activ în procesul de rezolvare a problemelor. Asistentul social are rolul de a-l face pe client să devină capabil să-și identifice propriile probleme, să determine cauzele problemelor și să găsească modalități de a rezolva aceste probleme. Desigur că există și posibilitatea de a-i oferi clientului direct soluția, însă mai eficient și mai benefic pentru cel asistat este, metaforic vorbind, nu să i se ofere peștele drept hrană, ci să fie învățat să pescuiască el însuși. S-a constatat de-a lungul timpului că atunci când indivizii sunt implicați în încercarea de a-și înțelege problemele și de a găsi soluțiile, intervenția are mai multe șanse de reușită, iar rezultatele pe termen lung sunt semnificative.

Prin sistemul de asistență socială se vizează îndeplinirea următoarelor ***funcții*** în societate:

- identificarea segmentului de populație care formează obiectul activităților de asistență socială;
- diagnosticarea diferitelor probleme cu care persoanele vulnerabile sau grupurile cu risc se pot confrunta în anumite condiții sociale, economice, culturale;
- dezvoltarea și derularea unui sistem de programe, măsuri și activități de suport și protecție a acestor categorii.

În practica asistenței sociale, sunt stabilite anumite ***orientări*** pentru gestionarea activităților, ca urmare a experienței acumulate, dar și a limitării impuse de fondurile existente. Amintim aceste orientări principale, așa cum au fost ele sintetizate într-un studiu:

1. Orice individ trebuie asistat pentru a avea o sursă minimă de existență.
2. Copiii și tinerii trebuie să aibă prioritate asistențială.
3. Durata demersurilor asistențiale este variabilă, în funcție de posibilitățile asistaților de a reveni în structurile sociale normale.
4. Prevenția este la fel de importantă ca și intervenția asistențială.
5. Eficientizarea demersului de asistență crește când există colaborare în acest sens între asistent și familia asistatului.
6. Intervenția asistențială este alocată nu atât în funcție de scopurile personale ale asistaților, cât de cele ale comunității.
7. Asistența centrată pe individ să prevaleze asupra celei centrate pe grup. (**G. Neamțu**, coord., 2003).

Printre *sarcinile* pe care şi le propune asistenţa socială se numără:

a) sprijinirea persoanelor aflate în dificultate pentru a-şi dezvolta propriile capacităţi de a-şi soluţiona problemele;
b) crearea de legături între persoanele în dificultate şi instituţiile de asistenţă socială;
c) facilitarea obţinerii ajutorului sau a drepturilor care se cuvin persoanelor, conform legii;
d) stabilirea şi îmbunătăţirea relaţiilor dintre instituţiile de asistenţă socială;
e) acordarea ajutorului practic, punctual;
f) implicarea în dezvoltarea şi îmbunătăţirea politicilor sociale;
g) încurajarea elaborării propriilor programe de către cei aflaţi în situaţii de risc;
h) identificarea surselor de finanţare pentru programele de sprijin;
i) suportul prin consiliere, terapie individuală sau de grup;
j) promovarea strategiilor de preîntâmpinare a situaţiilor defavorizante.

Principii ale intervenţiei în asistenţa socială

Principiul integralităţii sistemice subliniază multitudinea naturii problemelor sociale cu care clienţii se confruntă şi necesitatea ca asistentul social să analizeze şi să aleagă dintre acestea doar o problemă de care să se ocupe, celelalte urmând să fie abordate ulterior.

Principiul unicităţii lucrului de caz relevă faptul că în realitate nu pot exista două cazuri similare, deoarece nu există două persoane identice sau două situaţii sociale identice. Pentru rezolvarea cazului, se va integra problema clientului, a beneficiarului de servicii sociale, într-o structură de similaritate, dar se va ţine cont de particularităţile specifice clientului şi problemei.

Principiul abordării stadiale a cazului vizează perspectiva etapizată a momentelor intervenţiei asistenţiale, cuprinzând o evaluare preliminară, stabilirea strategiilor şi discutarea acestora cu clientul, aplicarea tehnicilor de schimbare, evaluarea rezultatelor şi, eventual, reluarea ciclului.

Principiul confidenţialităţii este legat de faptul că solicitarea ajutorului de către client înseamnă şi autoconsiderarea acestuia ca victimă, scăderea încrederii şi a stimei de sine, iar intervenţia asistenţială poate duce la etichetare sau marginalizare, ceea ce creează disfuncţionalităţi în viaţa clientului. De aceea este necesară păstrarea confidenţialităţii cu privire la numele clientului şi la natura problemelor pe care le are.

Ca o componentă a sistemului de protecţie socială, asistenţa socială este ansamblul de instituţii şi măsuri prin care statul, autorităţile publice ale administraţiei locale şi societatea civilă asigură prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare sau permanente ale unor situaţii care pot să determine marginalizarea sau excluderea socială a unor persoane, după cum se menţionează în actul normativ care reglementează funcţionarea sistemului naţional de asistenţă socială din România (Legea 705/2001).

Legislaţia prevede modul de organizare, precum şi funcţiile serviciilor şi instituţiilor de asistenţă socială. De exemplu, în Hotărârea de Guvern 1434/2004 sunt stabilite atribuţiile Direcţiilor de Asistenţă Socială:

- Stabilirea măsurilor de intervenţie în favoarea persoanelor în nevoie şi pentru prevenirea situaţiilor de marginalizare şi excludere socială de la nivel local (judeţean);
- Asigurarea mijloacelor umane, materiale şi financiare pentru implementarea strategiei privitoare la combaterea marginalizării sociale şi pentru soluţionarea urgenţelor individuale şi de grup de la nivelul judeţului;
- Realizarea activităţilor de asistenţă socială, în conformitate cu responsabilităţile ce îi revin, pentru: asistenţa familiilor aflate în dificultate, prin programe de suport ale acestora; prevenirea şi combaterea violenţei în familie şi înfiinţarea centrelor pentru adăpostirea victimelor violenţei în familie; asistenţă socială de specialitate pentru persoanele cu dizabilităţi, instituţionalizate sau neinstituţionalizate; înfiinţarea de servicii alternative, adaptate nevoilor sociale ale persoanelor cu handicap; monitorizarea accesibilizării publice stradale, arhitecturale şi de transport; monitorizarea încadrării în muncă a persoanelor cu nevoi speciale;
- Realizarea evaluării socio-economice a persoanelor aflate în dificultate, a nevoilor acestora, pentru aplicarea adecvată a serviciilor necesare;
- Furnizarea informaţiilor şi serviciilor pentru refacerea şi dezvoltarea capacităţilor persoanelor aflate în dificultate, după epuizarea măsurilor din planul individual de măsuri de asistenţă socială;
- Realizarea intervenţiilor necesare pentru reabilitarea persoanei adulte, conform planului individualizat privind măsurile de asistenţă socială;
- Sprijinirea persoanelor adulte pentru exprimarea liberă a opiniei;
- Clarificarea situaţiei juridice a persoanelor adulte aflate în dificultate, inclusiv pentru înregistrarea tardivă a naşterii;
- Monitorizarea şi reevaluarea, de câte ori este cazul, a modului de îngrijire a persoanei aflate în nevoie, pentru care s-a instituit o măsură de protecţie socială, în formă instituţionalizată sau neinstituţionalizată, în scopul menţinerii, modificării sau suspendării măsurii stabilite;
- Asigurarea măsurilor necesare pentru protecţia în regim de urgenţă a persoanelor aflate în dificultate.

Din punct de vedere al măsurilor de asistenţă socială, acestea se împart în prestaţii de asistenţă socială (alocaţii familiale, ajutoare şi indemnizaţii) şi servicii sociale. Sistemul de asistenţă socială din România are un specific aparte faţă de alte ţări europene, prin faptul că el reuneşte atât ***alocaţiile şi ajutoarele sociale (prestaţiile sociale)***, cât şi ***serviciile sociale***. Finanţarea prestaţiilor de asistenţă socială se realizează, în principal, din bugetul de stat şi din bugetele locale, conform legilor speciale care reglementează acordarea acestor prestaţii.

Prestaţiile de asistenţă socială reprezintă transferuri financiare care pot fi acordate pe o perioadă determinată, şi cuprind: alocaţii familiale, ajutoare sociale, indemnizaţii. ***Ajutoarele*** sunt prestaţii acordate în bani şi în natură persoanelor sau familiilor ale căror venituri sunt insuficiente pentru acoperirea nevoilor minime. ***Indemnizaţiile*** se acordă persoanelor pentru favorizarea incluziunii sociale şi asigurării unei vieţi autonome.

Sistemul de asistență socială, din țara noastră, prevede:

- **Alocația de stat pentru copii**, pentru toți copiii până la împlinirea vârstei de 16 ani, sau de 18 ani, dacă urmează una din formele de învățământ prevăzute de lege. Pentru copiii cu deficiențe, alocația de stat este majorată cu 100%;
- **Alocația suplimentară pentru familiile cu copii** se acordă familiilor care au în întreținere doi sau mai mulți copii, în vârstă de până la 16 sau 18 ani, dacă urmează cursurile de zi ale unei instituții de stat sau sunt încadrați în gradul I sau II de invaliditate, familiilor cetățenilor străini sau apatrizi care locuiesc în România;
- **Alocația de întreținere pentru copiii aflați în plasament sau încredințare;**
- **Alocația pentru copiii nou-născuți;**
- **Ajutorul social**, pentru persoanele sau familiile fără venituri sau cu venituri mici, pe perioada în care nu își pot asigura un minim de trai;
- **Ajutorul pentru încălzirea locuinței**, în funcție de veniturile familiei;
- **Ajutorul de urgență**, pentru persoanele sau familiile aflate în situații de necesitate din cauza calamităților naturale, incendiilor, accidentelor ș.a.;
- **Ajutorul pentru acoperirea unei părți din cheltuielile de înmormântare**, pentru cei din familiile beneficiare de ajutor social;
- **Ajutorul rambursabil pentru persoanele refugiate;**
- **Drepturi și facilități acordate persoanelor cu handicap** (acces liber și egal la orice instituție de învățământ obișnuit; școlarizare la domiciliu; alocație majorată cu 100% pentru copii; alocație de întreținere a copiilor cu handicap aflați în plasament familial sau încredințați majorată cu 50%; locuri de odihnă gratuite în tabere; bilete gratuite la spectacole, muzee; obținerea gratuită a protezelor, cârjelor, cărucioarelor; gratuitatea transportului urban în comun; gratuitatea transportului interurban pentru un număr de călătorii; alocația lunară de hrană pentru copiii cu SIDA).

Serviciile sociale reprezintă ansamblul complex de măsuri și acțiuni, realizate pentru a răspunde nevoilor sociale ale persoanelor, familiilor, grupurilor sau comunităților în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență pentru creșterea calității vieții și promovarea coeziunii sociale. Finanțarea serviciilor sociale se realizează, în principal, din bugetele locale, bugetul de stat, contribuțiile beneficiarilor, sponsorizări și donații.

Serviciile sociale, alături de prestațiile sociale, precum și de alte sisteme de securitate socială, intervin pentru soluționarea unor probleme ce pot genera excluziunea socială. Serviciile sociale sunt asigurate de către autoritățile administrației publice locale, precum și de către persoane fizice sau persoane juridice publice ori private. Furnizarea serviciilor sociale se bazează pe principii, cum sunt : solidaritatea socială, centrarea pe familie și comunitate, abordarea globală, organizarea comunitară, parteneriatul, complementaritatea și lucrul în echipă.

În funcție de specificul activității, serviciile sociale pot fi grupate în două mari categorii:

- *servicii cu caracter primar,* care au drept scop prevenirea sau limitarea unor situații de dificultate sau vulnerabilitate ce pot duce la marginalizarea sau excluziunea socială ;

- *servicii specializate,* cu activități de menținere, refacere sau dezvoltare a capacităților individuale, pentru depășirea unei situații de nevoie socială.

Activitatea de asistență socială, în țara noastră, se desfășoară îndeosebi prin următoarele ***tipuri de servicii și instituții***, oferite de sistemul public sau de instituțiile aparținând organizațiilor nonguvernamentale:

Instituții și servicii pentru minori

În cadrul acestora, putem menționa:

- *Centrele de primire a minorului*, unități care oferă adăpost pe termen scurt pentru copiii aflați în situații de urgență, realizează evaluarea inițială a situației copilului și demarează procedurile de protecție socială ulterioară;

- *Centrele de plasament de tip familial,* reprezentând unități rezidențiale de îngrijire în comunitate, pe termen scurt/mediu, a copiilor aflați în dificultate, până la reintegrarea familială sau la identificarea unei familii pentru plasament;

- *Centre de pregătire și sprijinire a integrării și reintegrării copilului în familie,* destinate pregătirii reintegrării copilului în familia naturală sau a promovării alternativelor de tip familial (adopție, plasament);

- *Servicii de consiliere pentru elevi,* aflate în școli sau în centrele de asistență psihopedagogică;

- *Servicii de îngrijire acordate de asistenții maternali profesioniști.*

Servicii pentru familiile aflate în dificultate

- *Centrele maternale*, care adăpostesc temporar tinere mame necăsătorite și copiii acestora, în scopul prevenirii abandonului, prin consiliere, asistență și educație parentală;

- *Centre de consiliere și sprijin pentru părinți*, pentru a preveni abandonul și instituționalizarea copiilor;

- *Servicii de consiliere a femeii gravide și de planificare familială.* Funcționează ca servicii mobile, mai ales pentru cei aflați în zone izolate sau la sate, pentru a identifica mamele cu situații de risc și a preveni nașterile nedorite, abandonul copiilor.

Servicii pentru persoanele cu dizabilități

- *Centre școlare specializate pentru copii cu diferite forme de deficiență (mintale, senzoriale, multiple etc.);*

- *Servicii de terapie logopedică,* în centre logopedice interșcolare sau cabinetele logopedice școlare, pentru cei cu dificultăți de limbaj și comunicare;

- *Centre de zi pentru îngrijirea, educarea și recuperarea copiilor cu nevoi speciale*, cu diferite tipuri de deficiențe sau proveniți din medii sociale defavorizate, din familii aflate în situații de risc;

- *Centre de plasament pentru copii cu deficiențe severe*, care oferă îngrijire de tip rezidențial pentru copiii abandonați sau pentru cei care nu au acces la servicii de recuperare;

- *Ateliere de lucru protejate pentru persoane cu dizabilități.*

Instituţii şi servicii pentru persoane vârstnice

- *Centre rezidenţiale pentru persoane în vârstă,* pentru persoane care prezintă risc social, de sănătate sau material;
- *Servicii de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice, sau în regim rezidenţial (* spitale pentru bolnavi cronic, adăposturi pentru pensionari ş.a.*)*

Servicii pentru persoanele cu dificultăţi economice şi de adaptare

- *Cantina de ajutor social,* de ale cărei servicii pot beneficia: copiii până la 18 ani aflaţi în întreţinerea familiilor cu venituri mici, tinerii aflaţi în situaţii de risc, persoane cu handicap, bolnavi cronici, persoanele care beneficiază de ajutor social, pensionarii care nu se pot gospodări singuri;
- *Servicii de asistenţă şi sprijin pentru tinerii de peste 18 ani care îşi continuă studiile,* constând în consiliere şi sprijin pentru cei care părăsesc sistemul de protecţie a copilului şi au nevoie de ajutor în continuarea studiilor, calificarea pentru o meserie sau găsirea unui loc de muncă;
- *Servicii de orientare, supraveghere şi sprijinire a reintegrării sociale a copilului delincvent;*
- *Centre de reeducare pentru copii delincvenţi,* pentru cei privaţi de libertate.

Instituţii şi servicii de asistenţă socială comunitară

- *Centre de zi/centre sociale/centre de resocializare,* servicii fără cazare pe timpul nopţii, pentru persoane care se deplasează sau sunt deplasaţi la sediul centrului (pensionari, persoane cu deficienţe fizice sau psihice, persoane cu risc de excludere socială ş.a.);
- *Servicii de consiliere telefonică sau de alt tip;*
- *Servicii sociale de tip adăpost pentru noapte;*
- *Centre de voluntariat,* care se ocupă cu informarea, recrutarea, pregătirea membrilor comunităţii pentru activităţi de voluntariat în domeniul social;
- *Centre de consiliere, informare, asistenţă psihologică şi socială pentru prevenirea situaţiilor de risc social.*

2. ASISTENŢA SOCIALĂ ÎN STĂRILE DE DEFICIENŢĂ

Acordarea asistenţei persoanelor cu deficienţe, din perspectiva specialităţilor şi profesiunilor diferite care sunt implicate în activităţi cu aceste persoane, se raportează la înţelesul pe care îl dau stării de deficienţă. Astfel, este privită ca:

- pierdere sau anormalitate anatomică, fizică sau psihică;
- condiţie clinică, termen ce vizează boala care a alterat sau a întrerupt procesele fizice sau psihice;
- limitările funcţionale ale activităţilor zilnice;
- invaliditatea ca devianţă, accepţiune centrată pe devierea de la normele fizice, de sănătate, de la normele comportamentului unui grup, aşa cum sunt ele stabilite de societate;
- invaliditatea ca poziţie socială. (**L. Manea**, 2000)

Modalitățile de abordare şi interpretare a ceea ce înseamnă deficiență s-a realizat mai ales din perspectiva a două modele, cel „individual" şi cel „social". Aceste două modele sunt situate într-un raport de opoziție.

Modelul „individual" a fost, până de curând, adânc înrădăcinat în mentalitatea generală şi în conştiința profesională a specialiştilor, fiind preluat din medicină şi psihanaliză, domenii în care avea semnificația unui simbol al expertizei, al înaltei specializări. Modelul „individual" consideră că problemele cu care se confruntă persoanele invalide sunt consecințe directe ale deficiențelor lor. Din această perspectivă, sarcina majoră a specialiştilor ar fi aceea de a încerca „ajustarea" individului la condițiile unei anumite deficiențe (incapacități), pe de o parte, sub aspectul fizic (prin programe de reabilitare), iar pe de altă parte, sub cel psihic (prin programe care ajută individul să facă față limitărilor respective).

Din perspectiva modelului „social", societatea este cea care invalidează persoanele ce prezintă diferite deficiențe fizice, prin impunerea unor aşteptări nerealiste față de ele. Instituțiile şi serviciile sociale care au legătură cu situația acestei categorii de persoane apar ca produsul dezvoltării specifice a fiecărei țări, cu rădăcini adânci în istorie.

Dacă deficiențele fizice, senzoriale şi psihice sunt caracteristice întregii evoluții a omenirii, în perspectiva istorică s-au înregistrat diferite răspunsuri ale societății față de problemele persoanelor cu deficiențe: caritate, paternalism, represiune, segregare, mutualism, panificare. Abordarea problematicii persoanelor deficiente a cunoscut de-a lungul istoriei variante diferite, uneori total opuse, de caritate față de persoanele cu deficiențe sau de incriminare a lor.

Încă din cele mai vechi timpuri, oamenii au arătat grijă față de semeni, încercând să trateze insecuritatea sau nevoia umană, să ajute pe cei care se dovedeau incapabili să-şi satisfacă un minim al condițiilor de trai. Astfel, chiar şi în antichitate exista o varietate de moduri de alinare a suferinței, de ajutorare a celor aflați în nevoie, ca alocațiile zilnice şi pensiile pentru invalizi. Toate religiile, într-un fel sau altul, postulează datoria de caritate față de cei defavorizați, doctrina creştină se referă la îndatorirea de a da, de a oferi şi dreptul de a primi în cazul celor aflați în nevoie). Începând cu secolul al VI-lea, mănăstirile au devenit agenții de bază în alinarea suferințelor. Ulterior, spitalul a devenit o sursă importantă în ajutorarea celor aflați în nevoie în timpul evului mediu; el nu furniza doar îngrijire medicală celor bolnavi, ci şi pelerinilor, orfanilor, vârstnicilor, săracilor. Primele spitale au apărut de-a lungul principalelor drumuri, ataşate mânăstirilor, ulterior ele fiind înființate şi în oraşe, în grija autorităților municipale.

Până în secolul trecut, deficiența era considerată ca o fatalitate şi suscita din partea comunității o atitudine de filantropie; recurgerea la internarea în instituții viza izolarea celui afectat, pentru a nu perturba desfăşurarea vieții sociale. Până la apariția industrializării, persoanele cu deficiențe îşi găseau modalități de integrare socială şi de realizare a unor activități practice, în măsura posibilităților, în cadrul comunităților, mai cu seamă în mediul rural. Odată cu mecanizarea şi cu specializarea activităților lucrative, solicitările au devenit altele, aşa că aceştia nu şi-au mai găsit atât de uşor locul printre cei activi din comunitate. S-a produs o mai pregnantă diferențiere, pe baza comparației, un clivaj între ce era considerat „normal" şi „anormal". Treptat, ca urmare a inițiativei private, au apărut primele servicii pentru invalizi, sub forma operelor de binefacere, vizând uneori şi stabilimentele şcolare.

Organizarea activităților de asistență socială pentru persoanele cu deficiențe a cunoscut perspective diferite de abordare și de raportare la problematica acestora. Menționăm că aceste orientări au apărut și au fost aplicate în practică succesiv, totuși, în prezent nu s-a renunțat complet la primele tipuri de abordări, ele coexistă într-un raport ce încearcă să realizeze un echilibru propice îmbunătățirii condițiilor de viață ale persoanelor cu deficiențe.

Astfel, până în jurul anilor 60, la nivel mondial, s-a considerat că ***instituționalizarea*** ar fi cea mai potrivită variantă de îngrijire a persoanelor deficiente. Ea consta în îngrijirea în instituții de tip rezidențial a persoanelor cu deficiențe, unde beneficiază de hrană, medicamente, odihnă, educație specializată, posibilitatea desfășurării unor activități profesionale, sub supravegherea unor specialiști. Au fost voci care au susținut acest tip de abordare, subliniind existența posibilităților de satisfacere de către un personal calificat a necesităților de îngrijire a sănătății, de educație specializată, într-un cadru care dispune de echipamente speciale și în care persoanele cu deficiențe nu ar avea cum să fie afectate de respingerea sau marginalizarea celorlalte persoane. Alte voci incriminau îngrijirea într-un mediu instituționalizat, considerând că separarea de familie, de societate, crearea unui mediu artificial de viață, obișnuirea cu statutul de asistat, creează dependența persoanelor deficiente față de sistem și nu permit dezvoltarea încrederii în sine, a responsabilității, formarea unor deprinderi de viață normale.

Ca urmare a experiențelor obținute prin acest tip de abordare, în deceniul următor a apărut o altă orientare, ***dezinstituționalizarea***, în încercarea de a repara neajunsurile instituționalizării. Ea presupune plasarea persoanelor cu deficiențe în instituții de dimensiuni reduse, cu personal mai numeros pentru fiecare asistat, pentru perioade mai reduse de timp. Standardele de calitate se raportează în acest caz la atingerea unor scopuri orientate spre calitatea vieții fiecărei persoane cu deficiențe. Serviciile oferite acestor persoane sunt servicii bazate pe comunitate și sunt descentralizate.

Pasul următor a fost apariția ***noninstituționalizării***, care susținea evitarea instituționalizării persoanelor deficiente și plasarea acestora în comunitățile în care trăiesc. Sigur că aceste lucruri presupuneau un alt mod de implicare a comunităților în adaptarea mediului și a serviciilor pentru satisfacerea persoanelor deficiente.

Impunerea teoriei ***normalizării***, începând din 1969, de către Bengt Nirje, a însemnat o altă etapă în încercarea de integrare în comunitate a persoanelor cu deficiențe, cât mai aproape de normal, în scopul egalizării șanselor pentru fiecare membru al comunității. „Normalizarea se referă la condițiile de mediu și de viață, la încetarea separării și segregării acestor persoane cu nevoi speciale, la posibilitatea ca ele să-și exercite toate drepturile, inclusiv cele umane, civile și politice și să fie acceptați alături de ceilalți membri din comunitate în desfășurarea vieții sociale." (**F. E. Verza**, 2002, pag. 287).

Etapa denumită de Bradley „perioada apartenenței la comunitate" este parcursă actual de statele Uniunii Europene și presupune abordarea persoanei cu deficiențe ca cetățean egal în drepturi cu oricare altul, care trăiește într-o locuință gospodărită personal, este angajat sau are propria afacere. Serviciile acordate acestor persoane sunt denumite de sprijin și se bazează pe individualizarea ajutorului acordat, pe autonomie personală, autodeterminare, vizând schimbarea mediului și a atitudinilor, fiecare nevoie specială a persoanei deficiente se corelează cu o nevoie sau un evantai de nevoi de sprijin (de

suport). Standardele de calitate vizează calitatea vieţii, aşa cum este ea concepută de persoana cu deficienţe. (**Sima, P.**, 2003, pag. 124).

Din punctul de vedere al educaţiei şcolare a persoanelor cu deficienţe, au existat mai multe perspective de studiere, în funcţie de modul de abordare a dizabilităţii. Se pot identifica, la nivel internaţional, mai multe modele şi atitudini, influenţate de istorie, de tradiţii, de cultură, de tipurile de politici etc, impunându-se atenţiei noastre patru: modelul medical, modelul patologiei sociale, modelul ecologic şi modelul antropologic.

Caracterizând, pe scurt, cele patru modele, observăm că două dintre ele sunt dominante, cel medical şi cel social. Astfel, **modelul medical** se centrează pe prezenţa unei deficienţe biologice care necesită un program de recuperare, cu scopul eliminării sau a ameliorării deficienţei. În ceea ce priveşte şcolarizarea, se pune accentul pe pedagogia curativă, iar segregarea este considerată necesară pentru a putea ajuta copilul supus terapiei specifice să capete capacităţile care să îi permită, mai departe, să se integreze în învăţământul obişnuit.

Modelul patologiei sociale, inspirat din teoriile sociologice, pune dificultăţile copilului cu deficienţe pe seama factorilor de mediu deficitari sau alteraţi, care îşi pun amprenta asupra evoluţiei copilului. În acest caz, s-ar impune o perioadă de şcolarizare într-un mediu special, unde copilul să beneficieze de tratament psihoterapeutic, socioterapeutic, cu scopul de a-l ajuta să depăşească efectele tratamentului la care a fost supus anterior.

Modelul ecologic are în vedere adaptarea sistemului şcolar la necesităţile copilului cu deficienţe, în lipsa acestora, evoluţia sa fiind afectată negativ. Una dintre ideile susţinute de adepţii acestui tip de model de abordare a şcolarizării copiilor cu deficienţe este aceea a intervenţiei precoce, precum şi cea a educaţiei incluzive.

Modelul antropologic îşi propune găsirea şi încurajarea unei cât mai bune interacţiuni între individ şi mediu, considerând că cea mai oportună este cea apropiată de experienţa individului, analizând şi plecând de la modalităţile de răspuns ale acestuia la dificultăţile specifice.

Persoanele cu deficienţe şi familiile acestora beneficiază, în comunitate, de toate tipurile de servicii care pot asigura o viaţă demnă, cât mai apropiată de normalitate, pentru reducerea dezavantajelor cauzate de deficienţe. Există activităţi şi servicii diverse, adresate acestei categorii de persoane:

- servicii de evaluare complexă, medicală, psihologică şi socială;
- servicii de orientare şcolară şi profesională;
- servicii de consiliere, pregătire şi susţinere pentru integrarea profesională;
- activităţi de terapie ocupaţională;
- activităţi de consiliere a părinţilor;
- servicii medicale, de recuperare, de kinetoterapie, de ergoterapie ş.a.;
- activităţi de terapia tulburărilor de limbaj.

Noile orientări în protecţia şi asistenţa socială a persoanelor cu deficienţe, desfăşurate cu sprijinul comunităţii şi în comunitate, au următoarele trăsături fundamentale:

- Canalizarea activităţilor pentru includerea în muncă a persoanelor cu deficienţe, în paralel cu asigurarea protecţiei sociale, prin asigurările sociale. „Intervenţia timpurie, procesul de recuperare, educaţia şcolară în cadrul sistemului naţional de învăţământ,

sistemul de orientare și pregătire profesională și toate facilitățile acordate angajatorului, finalizate prin integrarea în muncă" îi asigură persoanei cu deficiențe o viață demnă, asemenea oricărui angajat. (**Sima, P.,** 2003, pag. 102).

- Responsabilizarea beneficiarilor serviciilor și a familiilor lor;
- Respectarea principiului „Resursa urmează copilul sau persoana cu deficiențe";
- Prevenirea apariției stării de handicap și a încălcării drepturilor persoanelor deficiente.

Se pune accentul în prezent, în toate țările, pe dezvoltarea serviciilor comunitare pentru apărarea drepturilor și pentru asigurarea unei vieți demne, la propriul domiciliu și nu în instituții, pentru persoanele cu deficiențe. Sistemul de servicii, care implică comunitatea locală, este centrat pe incluziunea în societate și pe participarea beneficiarilor serviciilor, contribuind la rămânerea în familie a acestor persoane și, mai mult, evitând izolarea la propriul domiciliu.

S-au cristalizat, în urma analizei activităților practice ale instituțiilor din domeniu, mai multe trăsături definitorii ale serviciilor sociale comunitare:

- sunt incluse în programele generale de dezvoltare a comunității;
- sunt centrate pe persoană, luând în considerare nevoile sale personale, trebuințele speciale ale persoanei cu deficiențe și ale familiei acesteia;
- previn încălcarea drepturilor omului, ale oricărei persoane din comunitatea respectivă;
- asigură îngrijire primară;
- previn instituționalizarea;
- asigură și încurajează controlul mai accentuat al persoanelor cu deficiențe asupra propriei vieți;
- sprijină parteneriatul între persoana beneficiară, servicii, familie și diferite categorii de specialiști;
- susțin și promovează drepturile speciale ale copiilor, adulților, persoanelor cu deficiențe și ale altor categorii vulnerabile;
- asigură evaluarea și monitorizarea continuă a calității serviciilor;
- sunt orientate spre viitor, asigură nu numai îngrijire, ci și programe pentru dezvoltarea potențialului bio-psihic, a competențelor, a pregătirii și orientării profesionale. (**P. Sima**, coord., pag. 99).

O privire sintetică asupra activităților îndreptate în scopul protecției sociale și speciale a persoanelor cu deficiențe ne relevă faptul că acestea sunt orientate în special pentru:

- *prevenția stărilor de deficiență* – depistare, diagnostic și intervenție timpurie; Este importantă conștientizarea populației față de factorii de risc pentru mamă și copil în timpul sarcinii, îndrumarea clienților serviciilor de asistență socială către cabinete de planificare și consiliere medicală, dar și depistarea familiilor în care copilul riscă să dobândească deficiențe din cauza neglijării, a abuzului. Un alt aspect care se ia în seamă în activitatea cu persoanele cu deficiențe este prevenirea neglijării acestora, de către familie sau comunitate. Un alt obiectiv al serviciilor de asistență socială este acela al prevenirii resemnării părinților prin consiliere, menținerea motivației pentru a-și putea susține, la rândul lor, copiii afectați, sau prin utilizarea serviciilor de socializare,

recuperare, integrare şcolară şi comunitară. Şi nu în ultimul rând, vorbind despre prevenţie, se urmăreşte evitarea instituţionalizării persoanelor deficiente.

- *readaptare* – activităţi medicale, educative şi profesionale pentru reintegrarea economică şi socială a persoanelor cu deficienţe;

- *egalizarea şanselor* – prin diminuarea sau eliminarea obstacolelor de ordin fizic sau de la nivelul mentalităţilor comunităţii.

Este esenţial pentru a creşte calitatea vieţii persoanelor cu deficienţe şi pentru a încuraja participarea acestora activă la viaţa familială, dar şi la nivelul propriei educaţii, al activităţilor lucrative sau de timp liber, sunt necesare două aspecte principale, ce ţin de schimbarea mentalităţii şi a atitudinii societăţii faţă de persoanele cu deficienţe, dar şi a acestora faţă de propria stare, în paralel cu dezvoltarea de servicii specializate, adresate acestei categorii de persoane, centrate pe necesităţile specifice şi pe abordarea individualizată a problemelor. Aceste două aspecte vizează, pe de o parte, faptul că persoanele cu deficienţe trebuie considerate ca şi cetăţeni care au drepturi egale cu ceilalţi membri ai comunităţii şi care îşi pot alege dintre alternativele oferite pentru a contribui la calitatea propriei vieţi. Modificarea constă în trecerea accentului de la acţiunea de reabilitare a persoanei cu deficienţe, cu scopul de a corespunde standardelor societăţii, către adaptarea societăţii pentru a răspunde tuturor necesităţilor tuturor cetăţenilor, fără deosebire. Atitudinea şi acţiunile persoanelor profesioniste din domeniul asistenţei de orice fel a persoanelor cu deficienţe trebuie să pornească de la faptul că persoanele cu deficienţe sunt fiinţe umane care au nevoie de suport individual, iar cunoaşterea aspectelor pozitive ale fiecăruia în parte, a posibilităţilor de progres, a ceea ce este capabil să facă şi nu a ceea ce nu poate realiza sunt indispensabile pentru o abordare corectă a programelor terapeutice.

Crearea serviciilor specializate, adresate persoanelor cu deficienţe, ca o alternativă la instituţionalizare a dus la apariţia unei palete largi de oferte care să răspundă necesităţilor clienţilor cărora li se adresează. Aceste servicii pot fi grupate în trei mari categorii: servicii la domiciliu, serviciile oferite în centre de zi şi servicii rezidenţiale şi semirezidenţiale.

Serviciile la domiciliu sunt oferite de către comunitate, în sprijinul persoanelor cu deficienţe, care, consiliate de către specialişti, pot alege din paleta largă a ofertelor, pe cele de care au nevoie. Aceste servicii la domiciliu se referă la:

- îngrijirea persoanelor dependente pe perioade de timp reduse sau 24 din 24 de ore;
- realizarea cumpărăturilor pentru persoanele cu deficienţe, în pregătirea mesei, asigurarea curăţeniei în locuinţă şi a igienei personale;
- educaţia la domiciliu pentru copiii nedeplasabili;
- programe de recuperare, de masaj, de kinetoterapie;
- consilierea persoanei cu deficienţe şi a familiei sale în problemele cu care se confruntă.

Centrele de zi oferă persoanelor cu deficienţe, aflate în familie, servicii, pe timpul zilei, într-o gamă foarte largă. În aceste centre, persoanele cu deficienţe pot beneficia de servicii specializate de la două până la 10 ore pe zi, scopul unităţilor fiind, pe lângă realizarea funcţiilor specifice, suplinirea lipsei de activitate din mediul familial şi

prevenind instituţionalizarea persoanelor deficiente. Printre tipurile de servicii oferite de centrele de zi, enumerăm:

- transport zilnic spre centre şi spre casă;
- consilierea părinţilor;
- servicii de recuperare la domiciliu; gimnastică medicală;
- îngrijire medicală; terapie complexă;
- terapie cognitivă, dezvoltarea abilităţilor de comunicare;
- tratament neuropsihiatric;
- activităţi de grup, servit masa, tabere de vară;
- pregătire profesională ş.a.

Serviciile de tip rezidenţial şi semirezidenţial sunt oferite de mai multe tipuri de instituţii. La noi în ţară, acestea sunt: Centre de recuperare şi reabilitare neuropsihică, Centre de îngrijire şi asistenţă, Centre de recuperare şi reabilitare a persoanelor cu handicap, Centre de integrare prin terapie ocupaţională ş.a.

În încercarea de a găsi alternative la instituţionalizarea persoanelor cu deficienţe, au fost puse în practică mai multe tipuri de *locuinţe protejate*, în care pot trăi până la zece persoane care sunt asistate 24 din 24 de ore, de către o persoană de sprijin, dar primesc şi consiliere şi sprijin în funcţie de problemele specifice, beneficiind, în acelaşi timp, de toate serviciile existente în comunitate.

Există şi servicii de tip semirezidenţial, care se adresează persoanelor cu deficienţe şi familiilor acestora, care pentru perioade determinate, în care trebuie să facă faţă unor probleme suplimentare, li se oferă servicii de preluare a persoanei cu deficienţe severe şi/sau profunde, se asigură cazare, masă, terapii recuperative, îngrijire şi consiliere pentru familie şi persoana cu deficienţe, familia putând fi consiliată şi sprijinită pentru rezolvarea problemelor care au dus-o în situaţia de criză.

Livius Manea (în: Pop Luana Miruna, coord., 2002) ridică două probleme deosebit de importante cu privire la problematica persoanelor cu deficienţe, legat de readaptare şi egalizarea şanselor. Una dintre acestea este educaţia acestor persoane, pentru buna sa desfăşurare fiind necesară formarea de personal şi cadre didactice cu competenţe speciale. Desfăşurat în şcoli speciale sau în sistemul obişnuit, bazându-se pe principiul integrării, procesul de învăţământ presupune adaptări ale mediului, „instalaţii speciale indispensabile, mijloace speciale, metode de comunicare adecvate."(pag. 685). O altă problemă subliniată este cea a încadrării în activităţile productive a persoanelor cu deficienţe. „Principiul integrării presupune ca toate serviciile sociale destinate acestei categorii de persoane să fie integrate cadrului general. În acest sens, o importanţă deosebită revine prevederilor referitoare la readaptarea profesională şi la încadrarea în muncă a persoanelor respective, pe baza egalităţii de şanse şi tratament" (*op. cit.*, pag. 686).

Preocupările pentru promovarea şi susţinerea drepturilor persoanelor cu deficienţe au dus, printre altele, la adoptarea unor declaraţii şi convenţii, la nivel internaţional sau regional, cu putere de lege, în ţările care au semnat aderarea la ele. Astfel, ***Declaraţia Universală a Drepturilor Omului*** a fost adoptată de către Adunarea Generală a ONU, în anul 1948, şi conţine standardele drepturilor omului acceptate de către toate statele membre. Ea reprezintă baza normativă care a condus la formularea standardelor privind persoanele cu dizabilităţi ce există astăzi. În art.25 (1) sunt prevăzute

specific drepturile socio-economice ale persoanelor cu dizabilități: dreptul la un standard adecvat de trai, inclusiv hrană, îmbrăcăminte, îngrijire medicală şi servicii de asistență socială, şi dreptul la asigurare în caz de şomaj, boală, dizabilitate, văduvie, bătrânețe. Art. 7 garantează egalitatea în fața legii şi protejarea egală de către lege a tuturor oamenilor, fără nici o discriminare.

Declarația privind Drepturile Persoanelor cu Retard Mintal (1971) proclamată de către Adunarea Generală a ONU afirma că: „Persoana cu retard mintal are, până la gradul maximum de posibilitate, aceleaşi drepturi ca şi alți oameni."

Recomandarea Consiliului Europei (818) privind Situația Persoanei Bolnave Mintal (1977) prezintă o schiță a recomandărilor privind protejarea persoanelor bolnave mintal în fața curții şi legislația privind detenția persoanelor cu boli mintale.

Declarația privind Drepturile Persoanelor cu Deficiențe de Auz şi de Vedere (1979). În articolul 1 se afirmă că „...fiecare persoană cu deficiență de auz şi de vedere are drepturile universale garantate tuturor oamenilor în Declarația Universală a Drepturilor Omului precum şi drepturile prevăzute pentru toate persoanele cu dizabilități în Declarația Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități."

Regulile Standard privind Egalizarea Şanselor pentru Persoanele cu Dizabilități (1983) nu reprezintă un document obligatoriu pentru statele membre. Totuşi, Regulile Standard au fost standardele drepturilor omului cele mai cuprinzătoare privind strategia pentru dizabilitate timp de peste un deceniu, până la adoptarea, în 2006, a Convenției privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

Recomandarea Consiliului Europei (1185) privind Strategiile de Reabilitare a Persoanelor cu Dizabilități (1992) încurajează statele membre să asigure participarea activă în societate şi oportunități egale pentru persoanele cu dizabilități.

Recomandările Consiliului Europei Nr. R (92)6, privind o Strategie Coerentă pentru Reabilitarea Persoanelor cu Dizabilități (1992) recunosc drepturile persoanelor cu dizabilități de a fi deosebite şi se concentrează asupra dreptului la viață independentă şi la integrare deplină în societate.

Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități a fost aprobată de către Adunarea Generală ONU, pe 13 decembrie 2006, şi este primul document internațional amplu, care apără drepturile persoanelor cu dizabilități. În special, el prevede că persoanele cu dizabilități se bucură de aceleaşi drepturi şi libertăți fundamentale, ca şi alți membri ai societății - egalitate şi nediscriminare, transport, informație, egalitate în fața legii, învățământ, sănătate, muncă, protecție socială, participarea la viața politică, socială, culturală. În articolul 3, sunt prevăzute principiile de bază ale prezentei Convenții:

(a) Respectarea demnității inalienabile, a autonomiei individuale, inclusiv a libertății de a face propriile alegeri, şi a independenței persoanelor;
(b) Nediscriminarea;
(c) Participarea şi integrarea deplină şi efectivă în societate;
(d) Respectul pentru diversitate şi acceptarea persoanelor cu dizabilități ca parte a diversității umane şi a umanității;
(e) Egalitatea de şanse;
(f) Accesibilitatea;
(g) Egalitatea între bărbați şi femei;

(h) Respectul pentru capacităţile de evoluţie ale copiilor cu dizabilităţi şi respectul pentru dreptul copiilor cu dizabilităţi de a-şi păstra propria identitate.

Constituţia României, la articolul 50, utilizează termenul de ***protecţie specială***, pentru a sublinia importanţa sistemului de protecţie socială pentru persoanele cu deficienţe, care au din cauza stării lor, nevoi speciale. Protecţia specială se referă, conform H.G. 1215 din 31.10.2002, la „totalitatea acţiunilor întreprinse de societate în vederea diminuării sau chiar înlăturării consecinţelor pe care deficienţa cauzatoare de handicap (considerată factor de risc social) o are asupra nivelului de trai al persoanei cu handicap". Acest tip de protecţie este realizat prin acordarea unor drepturi persoanelor cu deficienţe şi familiilor lor. Aceste drepturi sunt diferenţiate în funcţie de vârsta persoanei deficiente şi sunt reglementate prin Ordonanţa de Urgenţă a Guvernului 102/1999, privind protecţia specială şi încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap (aprobată cu modificări şi completări prin Legea 519, din 12 iulie 2002, şi Legea10, din 9 ianuarie 2003). Menţionăm că vom folosi termenii de copil cu handicap, şi adult cu handicap, aşa cum sunt utilizaţi în legislaţia la care facem referire.

Astfel, drepturile care se adresează ***copiilor*** cu handicap se referă la:

- ***acces liber şi egal în orice instituţie de învăţământ obişnuit***, în raport cu restantul funcţional şi potenţialul recuperator, cu respectarea prevederilor legislaţiei din domeniul învăţământului;
- ***pregătirea şcolară la domiciliu, pentru copiii cu handicap nedeplasabili***, pe durata învăţământului obligatoriu prevăzut de lege;
- ***alocaţia de stat pentru copii cu handicap***, acordată în cuantumul prevăzut de lege, majorată cu 100%;
- ***alocaţia de întreţinere***, pentru cei aflaţi în plasament sau încredinţaţi, în cuantumul prevăzut de lege, majorat cu 50%;
- ***locuri de odihnă gratuite în tabere*** pentru copiii preşcolari, elevi şi studenţi cu handicap, o dată pe an, suportate din bugetul statului;
- ***asistent personal*** pentru copilul cu handicap grav, care poate fi unul dintre părinţi sau reprezentanţi legali ai copilului sau o persoană angajată de autorităţile administraţiei publice locale;
- ***bilete de intrare la spectacole, muzee, manifestări artistice şi sportive***;
- ***asistenţă medicală pentru copiii cu handicap***, conform legilor în vigoare;
- ***obţinerea gratuită a protezelor, cârjelor, cărucioarelor, ghetelor ortopedice***, din Fondul de asigurări sociale de stat gestionat de casele de asigurări de sănătate de care aparţine şi asigurarea cu prioritate, în condiţii avantajoase, a aparatelor auditive şi a implanturilor;
- ***gratuitatea transportului urban, cu mijloace de transport în comun de suprafaţă sau cu metroul***, pentru copiii cu handicap grav sau accentuat şi pentru asistenţii lor personali;
- ***gratuitatea transportului interurban***, la alegere, cu tren de persoane, clasa a II-a, cu autobuzele sau cu navele de transport fluvial, în limita a 12 călătorii dus-întors pe an pentru cei cu handicap grav şi asistenţii acestora şi 6 călătorii dus-întors pe an pentru cei cu handicap accentuat şi însoţitorii lor;

- ***alocația lunară de hrană pentru copiii bolnavi de SIDA***, pe perioada cât copilul este îngrijit în familie.

Persoana care are în îngrijire, supraveghere sau întreținere un copil cu handicap beneficiază de:
- ***concediu plătit pentru îngrijirea copilului***, până la împlinirea vârstei de 3 ani;
- ***concedii medicale*** pentru îngrijirea copilului cu handicap grav sau accentuat, care necesită tratamentul afecțiunilor intercurente, până la împlinirea, de către copil, a vârstei de 18 ani;
- ***gratuitatea serviciilor hoteliere***, dacă însoțesc în spital, în România, copii cu handicap;
- ***scutirea de la plata taxelor deținătorului de abonament radio și televizor***, dacă copilul are handicap grav;
- ***prioritate la instalarea postului telefonic și scutire de la plata abonamentului telefonic cu 100 de impulsuri incluse***, și 400 de impulsuri pentru nevăzători, dacă copilul are handicap grav sau accentuat;
- ***prioritate pentru închirierea, construirea sau cumpărarea locuințelor de la fondul de stat***, dacă copilul are handicap grav sau accentuat;
- ***stabilirea chiriei, în condițiile legii, pe baza contractelor de închiriere pentru suprafețele locative cu destinație de locuință deținute de stat***, la nivel minim, dacă copilul are handicap grav sau accentuat.

Adulții cu handicap beneficiază de următoarele categorii de drepturi:
- ***indemnizație lunară în procent de 50% din salariul minim brut pe țară, pentru adulții cu handicap grav și accentuat, dacă nu au alte venituri, cu excepția pensiei de urmaș***, pe toată durata handicapului;
- ***pensie socială pentru nevăzători;***
- ***nevăzătorul cu handicap grav primește, pentru plata însoțitorului, o indemnizație echivalentă cu salariul net al asistentului social debutant din unitățile bugetare;***
- ***asistent personal pentru adultul cu handicap grav;***
- ***scutire de la plata taxelor vamale*** pentru introducerea în țară, o dată la 8 ani a motocicletelor, motoretelor sau a autoturismelor adaptate special, pentru folosință proprie;
- ***scutirea de la plata abonamentelor de radio și televiziune*** pentru adulții cu handicap grav și pentru familiile care au în întreținere persoane cu handicap;
- ***scutirea de la plata taxelor de instalare și transfer a postului telefonic***, de costul abonamentului și a unui număr de impulsuri;
- ***gratuitatea transportului urban cu mijloace de transport în comun***, pentru adulții cu handicap grav și accentuat și pentru însoțitorii lor;

- ***gratuitatea a 12 călătorii interurbane dus-întors pentru adulții cu handicap grav și pentru însoțitorii lor și 6 călătorii dus-întors pentru cei cu handicap accentuat și însoțitorii lor;***
- ***școlarizarea la domiciliu,*** la cerere, a adulților cu handicap, nedeplasabili;
- ***acordarea asistenței medicale*** în conformitate cu prevederile Legii asigurărilor sociale de sănătate;
- ***acordarea unei camere în plus,*** la cererea persoanei cu handicap sau a familiei care are în îngrijire un copil cu handicap grav, pentru locuit;
- ***stabilirea chiriei*** pentru locuințe la nivelul minim prevăzut ***de lege,*** , iar pentru nevăzători, redus cu 50%;
- ***medicamente gratuite,*** atât pentru tratament ambulatoriu, cât și pe timpul spitalizării;
- ***bilete la tratament gratuite;***
- ***gratuitate pentru proteze, cârje, ghete ortopedice, cărucioare, asigurarea cu prioritate și în condiții avantajoase a aparatelor auditive și a implanturilor cardiace;***
- ***indemnizație lunară pentru nevăzătorii cu handicap grav care realizează venituri salariale în baza unui*** **contract** ***de muncă.***

În Regulile Standard pentru Egalizarea Șanselor Persoanelor cu Handicap, adoptate de Organizația Națiunilor Unite, în decembrie 1993, sunt menționate, la Regula 7, principii de care statele ar trebui să țină seama, pentru a încuraja persoanele cu dizabilități în exercitarea drepturilor în domeniul angajării în muncă, prin crearea de oportunități și șanse egale pentru toți indivizii.

De asemenea, legislația română prevede și aspecte legate de încadrarea în muncă a persoanelor deficiente, fie în unități obișnuite, fie în unități sau locuri de muncă protejate sau munca la domiciliu. Ordonanța nr. 102/1999, aprobată cu modificări și completări prin Legea 519/2002 și Legea 76/2002, prevăd dreptul la muncă al persoanelor cu dizabilități, dar și măsuri de stimulare a angajatorilor. Astfel, persoanelor cu deficiențe încadrate în muncă trebuie să li se asigure toate adaptările și înlesnirile necesare pentru activitatea pe care o desfășoară. În plus, persoanelor cu handicap grav, accentuat sau mediu, încadrate în muncă, li se asigură următoarele drepturi de protecție socială:

- posibilitatea ocupării oricărei funcții în cadrul unității, conform cu pregătirea și capacitățile sale;
- scutirea de impozit pe salariu;
- preaviz plătit, de cel puțin 30 de zile lucrătoare, în cazul desfacerii contractului de muncă din inițiativa angajatorului;
- perioadă de probă, plătită, de cel puțin 45 de zile lucrătoare;
- posibilitatea de a lucra mai puțin de 8 ore pe zi, în urma recomandărilor medicale;
- condiții speciale pentru pensionarea la cerere.

De asemenea, legea prevede că agenții economici care au cel puțin 100 de angajați au obligația de a încadra cel puțin 4% persoane deficiente, cu contract de muncă, în cazul nerespectării acestei prevederi, suportând penalități.

Experienţa ne arată că sunt necesare revizuiri continue ale reglementărilor în favoarea persoanelor cu dizabilităţi, pentru stimularea îngrijirilor la domiciliu, în comunitate, pentru integrarea şcolară, profesională şi socială a acestor categorii de persoane. Livius Manea, în Dicţionarul de Politici sociale, (*apud* **Luana Miruna Pop**, 2002, pag.689) sugerează, pentru realizarea acestor obiective, „renunţarea treptată la metodele convenţionale, cu accentul lor pe abordarea instituţională, în favoarea dezvoltării unei reţele de servicii care să asigure cooperarea strânsă dintre specialişti şi comunitate."

În urma unor studii realizate în ţara noastră, cu privire la evoluţia serviciilor şi a protecţiei sociale a persoanelor cu dizabilităţi, se concluziona că, deşi s-au făcut progrese faţă de anul 1989 şi s-au depus eforturi pentru a ne alinia modelelor europene, totuşi, mai sunt necesare modificări majore, ce ţin, în principal, de trecerea de la viziunea colectivă sau categorială la abordarea problematicii în mod individual, flexibil, în funcţie de fiecare persoană în parte, de modificare a medicalizării fenomenului de handicap şi de abordare multifactorială, bio-psiho-socială, de aplicare a unei protecţii active, şi nu pasive, ca până acum, prin adoptarea măsurilor de suport şi încurajare a persoanelor cu deficienţe.

3. SPECIFICUL CONSILIERII ŞCOLARE ŞI PROFESIONALE LA DEFICIENŢI

3.1. Delimitări conceptuale

Dimamica societăţii româneşti, în contextul globalizării, a determinat şi determină nu numai o serie de drepturi şi libertăţi, dar mai ales diversificarea serviciilor sociale, fie prin apariţia unor noi ramuri ale cunoaşterii, fie prin reconsiderare şi modernizarea celor existente. Asistenţa psihopedagogică complexă acordată persoanelor cu deficienţe nu se limitează numai la contextul şcolar, ci implică întreaga comunitate.

În cadrul procesului de asistenţă psihopedagogică complexă consilierea, este sau poate părea cea mai uşoară, formulă de intervenţie psihologică specializată, prin care anumite manifestări comportamentale ale copiilor, adulţilor, sunt ameliorate şi, astfel, individul să capete acele mecanisme prin care se adaptează în mediu.

Conceptul de consiliere este intens dezbătut în literatura de specialitate. Mai exact, ***termenul de consiliere*** descrie relaţia interumană de ajutor dintre o persoană specializată, consilierul, şi o altă persoană ce solicită asistenţă de specialitate, clientul. Relaţia dintre cei doi este o relaţie de alianţă, de participare şi de colaborare reciprocă (**M. Georgescu**, 2004).

Asociaţia Britanică de resort, definea, (în 1985), consilierea ca fiind utilizarea într-o manieră abilă şi principială a relaţiei dintre consilier şi client în scopul de a susţine şi favoriza cunoaşterea de sine, autoacceptarea, maturizarea şi dezvoltarea resurselor profesionale (**Gh. Tomşa**, 2008).

Obiectivul consilierii constă în a ajuta clientul să înţeleagă şi să-şi clarifice modalitatea prin care percepe viaţa, să înveţe să-şi atingă scopurile esenţiale prin decizii fundamentale şi prin rezolvarea problemelor de natură afectivă sau interpersonală.

Consilierea constă în aplicarea tehnicilor specifice consilierii sau a altora conexe, din câmpul ştiinţelor comportamentului, pentru a susţine învăţarea modalităţilor prin care se pot rezolva probleme sau se pot lua decizii ce privesc carierea, dezvoltarea personală, căsnicia, familia (**M. L. Stănescu**, 2003*)*.

Consilierea psihologică integrează perspectiva umanistă, dezvoltată de C. Rogers, unde problemele psihice nu mai sunt văzute în mod normal în termeni de tulburare şi de deficienţă, ci în parametrii nevoii de autocunoaştere, de întărire a Eu-lui, de dezvoltare personală şi de adaptare. În acest sens, succesul consilierii este asigurat de implicarea activă şi responsabilă, atât a consilierului, cât şi a clientului care beneficiază de consiliere, în realizarea unei alianţe autentice bazată pe respect şi încredere reciprocă. A ajuta şi a credita persoana ca fiind capabilă să îşi asume propria dezvoltare personală, să prevină diverse tulburări şi disfuncţii, să găsească soluţii la problemele cu care se confruntă, să se simtă bine cu sine, cu ceilalţi şi în lumea în care trăieşte, reprezintă *valorile umaniste ale consilierii psihologice.*

Literatura de specialitate precizează, referitor la definirea procesului de consilieri, existenţa ariilor în care aceasta poate fi aplicată (**A. Băban**, 2003). Este vorba în primul rând de ***tipul de persoane cărora li se adresează***. Consilierea vizează persoane normale, ce nu prezintă tulburări psihice sau de personalitate, deficite intelectuale sau de altă natură. Consilierea facilitează prin demersurile pe care le presupune ca persoana să facă faţă mai eficient stresorilor şi sarcinilor vieţii cotidiene şi astfel să îmbunătăţească calitatea vieţii.

În al doilea rând, ***modelul dezvoltării pe care îl presupune*** nu este un model clinic. Sarcina consilierului este de a învăţa persoana/grupul strategii noi comportamentale, să îşi valorizeze potenţialul existent, să îşi dezvolte noi resurse adaptative.

În al treilea rând, în cadrul consilierii se realizează ***prevenţia problemelor*** ce pot impieta dezvoltarea şi funcţionarea armonioasă a persoanei. Strategia de prevenţie constă în identificarea situaţiilor şi grupurilor de risc şi în acţiunea asupra lor înainte ca acestea să aibă un impact negativ şi să declanşeze crize personale sau de grup.

Demersul consilierii se centrează, aşadar, atât pe dimensiunea preventivă a tulburărilor afective şi comportamentale, cât şi pe cea a rezolvării de probleme, a dezvoltării şi optimizării personale. Procesul consilierii pune problema modalităţilor de învăţare, a condiţiilor în care o personalitate se poate dezvolta în mod optim.

Nivelul de dezvoltare şi optimizare personală este indicat de: capacitatea de deschidere spre noi experienţe, sentimentul de valorizare a potenţialului propriu, capacitatea de auto-reflexie, perceperea schimbărilor de sine pozitive, eficienţă, flexibilitate, creativitate, respingerea rutinei. Acest nivel de dezvoltare personală este evidenţiat prin: perceperea de sens în viaţă, prin integrarea experienţei trecutului, prin capacitatea de trăire a prezentului şi gestiunea viitorului; aceptarea de sine, adică acea atitudine pozitivă faţă de sine şi de acceptare a calităţilor şi defectelor; autonomie, caracterizată prin independenţă, hotărâre, rezistenţă la tensiune, imagine de sine

consistentă şi stabilă; capacitate de control a propriului destin; capacitatea de a avea relaţii pozitive caracterizate prin încredere, nevoia de a primi şi oferi afecţiune (**A. Băban**, 2003).

Aşadar, orice încercare de a defini consilierea psihologică se sprijină pe următoarele elemente:

- relaţie interumană, alianţă, colaborare;
- consilier - deţinătorul unei formări profesionale, persoana ce susţine un mediu specific;
- clientul - subiectul intervenţiei, persoana care solicită ajutorul şi este motivată pentru a-l obţine;
- obiective specifice privind personalitatea clientului - autocunoaştere, dezvoltare personală, rezolvarea situaţiilor de viaţă problematice; utilizarea de tehnici din câmpul ştiinţelor comportamentului.

Elementele prezentate mai sus nu au o înaltă putere de separare a domeniului consilierii de celelalte metode de intervenţie, cum ar fi psihoterapia. Elementele cu potenţial separator sunt:

- subiectul intervenţiei, denumit client şi nu pacient;
- tehnicile folosite în atingerea obiectivelor.

Diferenţele dintre consiliere şi psihoterapie sunt dificil de operat în mod absolut datorită faptului că demersul consilierii este tangent, în special celui al psihoterapiilor de suprafaţă.

Încercările de conturare netă a limitelor celor două domenii au indicat faptul că psihoterapia şi consilierea se află într-o relaţie asociativă. De aceea, unicul lucru asupra căruia există consens este că nu se poate face o distincţie netă între consiliere şi psihoterapie - unii psihoterapeuţi practică cea ce un consilier consideră a fi consiliere psihologică, în timp ce unii consilieri folosesc tehnici ce aparţin în mod evident psihoterapiei.

Totuşi, diferenţele dintre cele două domenii pot fi operate după următoarele criterii: *obiective*; *gradul de severitate a problemelor subiectului; natura problemelor subiectului; metode şi tehnici.*

- **Specificul consilierii**

Demersul consilierii urmăreşte, în special, un ansamblu de obiective care să reflecte nevoile clientului. Clientul este susţinut în dezvoltarea comportamentului de tip intenţionat, flexibil şi în consecinţă, productiv. Existenţa unor obiective adecvate determină orientarea subiectului spre viitor, spre oportunităţile care îi conferă sens în viaţă.

Subiectul consilierii nu se consideră a avea probleme mentale, el fiind considerat client şi nu pacient. Clientul este considerat a fi capabil în a-şi alege scopurile, a lua decizii şi a-şi asuma responsabilitatea propriului comportament şi a evoluţiei personale. Consilierul nu este o ipostază a autorităţii, ci un partener al clientului împreună cu care vizează obiective comune. Consilierul se focalizează pe schimbarea comportamentului şi nu pe facilitarea insight-ului. Demersul consilierii este orientat pe următoarele dimensiuni: prezent şi viitor; normalitate; spaţiul dezvoltării; actualitate; termen scurt;

conştientizare; educaţie, vocaţie; suport; rezolvare de probleme. (**M. Georgescu**, 2004, pp. 21-22)

- **Specificul psihoterapiei**

Psihoterapia se defineşte ca acţiune psihologică sistematică, planificată şi intenţională, fundamentată pe un sistem teoretic, exercitat de către un psihoterapeut calificat. Obiectivul principal al psihoterapiei constă în a opera modificări în cadrul personalităţii subiectului care să aibă drept consecinţă adaptarea eficientă a acestuia la mediul familial, social, profesional. Psihoterapia se adresează simptomului dezvoltat în: sfera personalităţii - diferite dizarmonii; psihogenii - stări reactive şi nevroze; perioada intercritică şi de remisiune psihotică; afecţiuni psihosomatice; reacţia la boli cronice organice .

Psihoterapia trece dincolo de simptom şi se adresează palierului profund al personalităţii. În acest sens, se poate adresa persoanelor care nu acuză o problematică aparte, ci doresc atingerea potenţialului optim adaptativ.

Obiectivele psihoterapiei sunt: diminuarea sau stingerea simptomului; restructurarea personalităţii; întărirea Eu-lui; echilibrarea identităţii personale, a imaginii de sine. Psihoterapia este centrată pe: patologie (nevroze); trecut; termen lung; reconstrucţie; problematică profundă. (**M. Georgescu**, 2004).

- *Specificul confluenţei dintre consiliere şi psihoterapie.*

Atât în consiliere, cât şi în psihoterapie este vorba despre o relaţie orientată spre scopul diminuării sau înlăturării dificultăţilor existenţiale ale individului.

Consilierea şi psihoterapia au în comun atât un anumit spaţiu teoretic, cât şi unele tehnici. Diferenţa dintre cele două domenii este graduală: consilierea diferă de psihoterapie prin nivelul scăzut de severitate a problemelor cu care se confruntă subiectul.

Domeniul psihoterapiilor scurte, care se apropie maximal de cel al consilierii, este cel care pune cele mai multe probleme încercării de conturare a specificului consilierii în raport cu psihoterapia. Este vorba de psihoterapiile scurte, limitate temporal, ale căror obiective sunt bine precizate prin centrarea pe o anume problematică. Psihoterapia scurtă este un demers focal, centrat pe adaptarea clientului la mediul extern actual. Terapeutul focal este activ şi îşi planifică riguros intervenţia. Astfel, consilierul poate fi reprezentat ca un psihoterapeut focal.

Caracteristicile distincţiei dintre consiliere şi psihoterapie sunt aceleaşi şi în cazul relaţiei pe care consilierea o are cu psihologia clinică, preocupată de fenomenul psihopatologic. Distincţia dintre consiliere şi psihologia clinică a devenit mai puţin fermă pe măsură ce consilierul a început să se implice în problemele afective cronice ale clientului, în timp ce psihologul clinician s-a implicat mai mult în identificarea şi susţinerea strategiilor ce ţin de dezvoltarea personală a pacientului.

Întrucât domeniile şi tehnicile consilierii, psihoterapiei şi psihologiei clinice nu pot fi separate, s-a făcut propunerea de integrare a acestora într-un câmp mai larg, denumit servicii psihologice.

Deşi obiectivele consilierii, comparativ cu cele ale psihoterapiei, sunt mai restrânse, centrate pe creşterea personală şi pe contextul imediat, axate pe suportul acordat individului în scopul de a funcţiona, ele pot fi dispuse în trei categorii (**A. Băban**, 2003):

1. promovarea stării de bine şi a sănătăţii clientului;
2. dezvoltarea personală a clientului;
3. prevenţia situaţiilor care aduc atingere stării de bine şi dezvoltării personale a clientului.

Aceste obiective sunt precizate în funcţie de client, măsurabile, compatibile şi nu identice cu valorile consilierului.

Dincolo de tipurile de consiliere şi de expectanţele clientului se pot identifica anumite categorii comune de *scopuri generale* ale procesului consilierii **(G. Rickley**, 1990):

a. ***Schimbarea comportamentală*** este o condiţie a optimizării personale, a posibilităţii de a trăi mai bine în mediul familial, profesional şi social. Clientul este ajutat să găsească modalităţile prin care să trăiască mai bine, să funcţioneze la un nivel mai bun de performanţă, să dobândească mai mult, să aibă potenţial mai ridicat;

b. ***Dezvoltarea capacităţilor adaptative.*** Pe parcursul psihogenezei, fiecare etapă de dezvoltare pune subiectul în faţa anumitor sarcini specifice şi expectaţii. Nerealizarea acestora determină statuarea unor comportamente care, deşi constituie cea mai bună soluţie pentru etapa psihogenetică respectivă, se dovedesc, ulterior, a fi ineficiente. De aceea, adaptarea la noile situaţii, la situaţiile de viaţă actuale, presupune reactivarea capacităţilor adaptative şi remanierea unor comportamente dobândite în trecut;

c. ***Dezvoltarea capacităţilor decizionale*** .Consilierul nu va lua decizii în locul clientului, ci îl va susţine pentru a lua cea mai bună decizie. Clientul va învăţa să înţeleagă cum şi de ce angajează o decizie, să aproximeze cât mai bine consecinţele în termeni de risc, timp, costuri, energie. Scopul consilierii constă în a identifica factorii afectivi, raţionali şi de personalitate ce interferează cu procesul decizional şi maniera în care o fac.

d. ***Îmbunătăţirea relaţiilor interpersonale.*** Majoritatea indivizilor întâmpină dificultăţi în relaţiile lor cu ceilalţi, cu efecte nedorite în contextul familial, de cuplu, profesional etc. Dificultăţile au cauze variate, prin care imaginea de sine joacă un rol important deoarece determină modalităţi defensive de relaţie. De aceea, consilierea se va centra atât pe îmbunătăţirea relaţiilor cu ceilalţi, dar şi cu sine.

e. ***Dezvoltarea potenţialului clientului.*** Se centrează pe învăţarea modalităţilor prin care clientul să-şi poată folosi maximal abilităţile de care dispune. Aceasta presupune întărirea libertăţii de manifestare a clientului în cadrul său specific şi totodată a capacităţii de control a acestui mediu. Consilierea intervine în situaţii de adicţie prin învăţarea modalităţilor de optimizare a propriului organism, prevenind stresul, depresia, angoasa.

La ora actuală, putem preciza că, principalele tipuri de consiliere sunt (**A. Băban**, 2003, pag. 16): *consiliere informaţională*, ce vizează oferirea de informaţii pe domenii, teme specifice; *consiliere educaţională*, ce vizează repere psihoeducaţionale pentru sănătatea mentală, emoţională, fizică, socială şi spirituală a copiilor şi adolescenţilor; *consiliere de dezvoltare personală*, ce vizează formarea de abilităţi şi atitudini ce permit o funcţionare personală şi socială flexibilă şi eficientă în scopul atingerii stării de bine; *consiliere suportivă*, ce vizează oferirea de suport emoţional, apreciativ şi material; *consiliere vocaţională*, ce vizează dezvoltarea capacităţii de planificare a carierei;

consiliere în situații de criză, ce vizează asistarea psihologică a persoanelor aflate în dificultate; *consiliere pastorală*, ce vizează consilierea din perspectivă religioasă.

În cele ce urmează o să prezentăm elementele definitorii ale consilierii școlare.

Consilierea psihologică este parte integrantă a consilierii școlare, ale cărei caracteristici Gh. Tomșa, în 2008, le sintetizează astfel:

a) Dimensiunea consilierii școlare ca proces de dezvoltare. Consilierul școlar are menirea și responsabilitatea de a crea un program coerent de experiențe, cu un scop bine precizat și obiective formulate coerent, care poate duce la dezvoltarea pozitivă personală, educațională și socială a individului;
b) Rolul proactiv al consilierii școlare, de prevenție a situațiilor de criză din viața consiliatului;
c) Responsabilitatea mai complexă și mai largă a consilierului școlar. Consilierul are nu numai responsabilitatea de a-și ajuta clientul, să-și schimbe și să-și îmbunătățească relațiile cu el însuși, cu școala, cu societatea, dar și responsabilitatea de a optimiza modul în care școala se raportează la elevi ca indivizi. El oferă profesorilor informațiile necesare pentru a-i ajuta în activitatea instructiv-educativă.
d) Legătura indisolubilă dintre diversele probleme ale subiectului consiliat (personale, educaționale, sociale, de orientare școlară și profesională). Nu se poate face o separație tranșantă între probleme educaționale, de orientare școlară și profesională de cele personale și sociale, astfel că se impune ca problema clientului să fie prezentată în corelație cu celelalte probleme specifice.
e) Variabilitatea gradului de profunzime și intensitate a activității de consiliere, precum și a problemelor consiliatului.

Pornind de la aceste caracteristici ale consilierii școlare, putem spune fără a greși că, orice consilier școlar are o serie de competențe complexe, structurate ierarhic, dar dispune și de o serie de abilități și cunoștințe necesare într-o suită de activități cum ar fi: culegerea și interpretarea datelor despre personalitatea elevilor și lumea profesiunilor, consilierea educațională și orientarea elevilor, consilierea psihologică (individuală și de grup), sprijinirea familiei și a personalului didactic în rezolvarea problemelor de instrucție și de educație a elevilor etc.

Asociația Consilierilor Școlari din S.U.A – A.S.C.A - a delimitat foarte clar atribuțiile și respnsabilitățile profesionale ale consilierului școlar:

- Consilierul, în colaborare cu alți specialiști, ajută la definirea obiectivelor și identificarea nevoilor elevilor, acordă asistență în formularea planurilor de acțiune și la dezvoltarea curriculumului, ajută la evaluarea programului.

- Responsabilitatea fundamentală a consilierului este consilierea individuală și de grup. El ajută elevii să-și dezvolte conștiința de sine, abilitatea de exprimare, ideile, sentimentele, trebuințele și valorile. El furnizează informații pertinente și încearcă să promoveze abilitatea elevilor în rezolvarea de probleme.

- Consilierul asistă elevii şi părinţii în înţelegerea oportunităţilor educaţionale şi profesionale; raportează interesele elevilor, aptitudinile şi abilităţile lor la o gamă largă de proiecte şi alegeri. De asemenea, el colectează şi distribuie informaţii educaţionale şi ocupaţionale, asistă elevii şi părinţii în înţelegerea nevoilor instrucţionale pentru viitoarea educaţie şi pentru pregătirea profesională; se consultă cu membrii conducerii şcolii cu privire la ofertele educaţionale care vin în întâmpinarea nevoilor şi trebuinţelor elevilor.
- Consilierul, recunoscându-şi propriile limite profesionale, face trimiteri de cazuri la alţi specialişti.
- Consilierul îşi asumă responsabilitatea serviciilor de plasare.
- Consilierul acţionează ca un consultant pentru conducerea şcolii. El distribuie date despre elevi, ajută profesorii în identificarea problemelor, colaborează cu aceştia pentru preîntâmpinarea lor, participă direct la realizarea programelor educaţionale.

3.2. Principiile şi strategia consilierii

Literatura de specialitate semnalează existenţa a cinci principii specifice în cadrul procesului de consiliere (**C. Oancea**, 2002).

1) *Susţinerea afectivă.* Ca urmare a problemelor existenţiale cu care subiectul se confruntă, acesta se simte frustrat în necesităţile şi interesele sale şi solicită ajutorul unui specialist. El aşteaptă în mod conştient sau nu de la acesta, în primul rând, o susţinere afectivă. Crearea treptată a unui climat afectiv pozitiv şi stimulativ pentru clientul consiliat este condiţia sine qua non a consilierii.

2) *Susţinerea cognitivă.* Pe fondul susţinerii afective se poate construi susţinerea cognitivă care înseamnă identificarea de către consilier a mecanismelor cognitive ale consiliatului care pot constitui pârghii pentru rezolvarea problemelor sale. În procesul consilierii, aceste mecanisme cognitive, - înţelegerea, interiorizarea, conştientizarea, problematizarea - pot fi dezvoltate pentru a fi atinse obiectivele identificate în comun.

3) *Susţinerea volitiv-decizională.* De multe ori, persoana care solicită ajutorul consilierului ştie ce problemă are sau cum poate fi rezolvată, dar nu are suficientă voinţă şi capacitate decizională pentru a alege cea mai bună soluţie şi pentru a o aplica. Ca urmare, rolul consilierului este de a creşte şi întări încrederea consiliatului în capacitatea sa de a lua hotărârea optimă pentru el. Mai mult, consilierul trebuie să sublinieze că nimeni altcineva nu poate luat cea mai bună decizie pentru el decât clientul însuşi.

4) *Descărcarea emoţională* sau catharsisul este principiul prin care orice formă de intervenţie psihologică permite clientului să-şi exprime liber propriile sale trăiri pozitive sau negative. Acest catharsis reduce tensiunea emoţională şi pregăteşte calea

unei mai bune cunoașteri de sine a clientului. În felul acesta, el devine capabil să vorbească despre propriile sale probleme cu mai multă obiectivitate.

5) *Principiul orientare – sfătuire – dirijare* implică mai multe grade de directivitate în funcție de necesitățile consiliatului.

Dacă acesta dispune de un înalt grad de structurare a problemelor sale de viață, ca și soluțiile proprii posibile, el are nevoie de o directivitate redusă, de o orientare în luarea celei mai bune decizii.

Dacă problema și soluția îi sunt puțin structurate subiectului, acesta are nevoie de o sfătuire sau de o orientare mai directivă.

Cel mai scăzut grad de structurare a problemei, soluției și deciziei subiectului corespunde celui mai mare grad de directivitate.

Toate aceste niveluri ale consilierii sunt posibile numai dacă s-a realizat climatul de susținere afectivă, de comunicare biunivocă între cei doi parteneri ai procesului: consilierul și consiliatul

Procesul de consiliere, deși poate părea o înlănțuire de întâlniri și discuții între un specialist (consilierul) și o persoană normală, dar cu anumite probleme de viață, este un proces cu obiective, conținut și o strategie organizată.

Definirea consilierii, ca un proces de orientare – învățare, subliniază caracterul ei educațional. Ca urmare, alături de scopurile generale vom regăsi obiective generale, obiective medii, obiective particular - operaționale. Această diferențiere este argumentată și de faptul că procesul consilierii adresându-se persoanelor normale vizează adaptarea - integrarea acestora pe parcursul întregii vieți în medii și forme de activitate diferite (**I. S. Dowing**, 1996).

Obiectivele generale au cea mai cuprinzătoare sferă de acțiune și ar putea fi concentrate în formula – susținerea și dezvoltarea capacităților de adaptare - integrare a persoanelor ce solicită consilierea. Robinson recomandă, în acest sens, consilierea persoanelor care doresc să depășească anumite obstacole sau să construiască strategii personale de viață .

Obiectivele medii se referă la prevenirea dezadaptării și a izolării persoanelor ce se adresează consilierului. Aceste obiective sunt specifice etapelor de maturizare a personalității (pubertate, adolescență), la dobândirea și valorificarea propriei independențe (tinerețe), la integrarea personală și profesională.

Obiectivele particular – operaționale sunt acționale, comportamentale și se focalizează pe rezolvarea problemelor de viață manifestate și acuzate de către consiliat.

Pentru a fi în mod real operaționale, este util să clasificăm aceste obiective în conformitate cu criteriile Școlii din Chicago în: cognitive, afective, psihomotorii, volitiv-caracteriale.

Obiectivele cognitive ale consilierii vizează cunoașterea de către consiliat a propriei personalități în relație cu situațiile sale de viață, cunoașterea temperamentului, a înclinațiilor, aptitudinilor, a dominanțelor caracteriale, a celor mai specifice modalități reactive ale persoanei raportată la diferite evenimente ale vieții.

Această cunoaştere, poate fi detaliată, prin intermediul unor obiective subordonate cum ar fi:

→ Conştientizarea evenimentelor din viaţa consiliatului. Acest mecanism al conştientizării scoate problema din zona nebuloasă a neclarităţii cognitive, o subordonează conştientului, o supune raţionalităţii, fiind un pas important pentru rezolvarea problemei;

→ Conceptualizarea sau formularea problemei de viaţă în termeni cunoscuţi, simpli, clari, în relaţie cu alţi termeni asemănători;

→ Înţelegerea propriei persoane şi a situaţiilor de viaţă semnificative. Înţelegerea constă în stabilirea unei relaţii echilibrate între semnificaţiile subiective şi cele obiective ale situaţiilor de viaţă;,

→ Analiza personalităţii proprii şi a situaţiilor de viaţă, desprinderea elementelor esenţiale şi neesenţiale ale acestora prin comparaţie cu alte persoane sau situaţii de viaţă;

→ Sinteza şi sistematizarea evenimentelor semnificative din viaţa consiliatului într-un întreg cu o anumită configuraţie asumată;

→ Evaluarea corectă a problemelor sale de viaţă, evitând supraevaluarea sau subevaluarea, evaluarea consecinţelor propriei activităţi.

Obiectivele afective pot fi concretizate în: trăirea echilibrată a situaţiilor de viaţă atât ca intensitate afectivă, cât şi ca valoare predominant pozitivă a trăirilor; autenticitatea trăirilor consiliatului, manifestarea unor trăiri aşa cum sunt ele şi asumarea lor; prezentificarea sau modalitatea de a trăi aici şi acum în prezent, nu în trecut şi în viitor; deconflictualizarea internă, ca bază pentru rezolvarea conflictelor interpersonale;

Obiectivele psihomotorii de conduită şi nu numai de comportament sunt: independenţa subiectului consiliat în raport cu evenimentele vieţii, reprezentată prin situaţia de a depinde de sine însuşi şi nu de mediul fizic sau social; spontaneitate, ca modalitate de acţiune şi răspuns la evenimentele vieţii trăite, opusă atitudinii defensive sau agresive; eficienţa propriei activităţi, a rezultatelor acesteia, a relaţiilor cu alţii;

Obiectivele volitiv - caracteriale pot fi conturate astfel: responsabilitatea în raport cu judecăţile şi acţiunile întreprinse, dar şi în ceea ce priveşte angajamentele asumate în relaţiile cu lumea externă, cu familia, cu sarcinile profesionale; antrenarea capacităţilor decizionale proprii faţă de propriile acţiuni şi interese, în sensul că, cea mai bună decizie, este cea personală; încrederea ca stare de suport moral, de încredere în sine, în propriile sale posibilităţi de garantare a autorealizării de sine; automotivarea, identificarea şi dezvoltarea constelaţiei motivaţionale generatoare de energie şi succes

Aceste obiective nu acţionează izolat, ci în interacţiune. Realizarea lor constituie garanţia unei stări de sănătate mintală optimă, a unui comportament eficient. Rezultatele vor fi reprezentate prin performanţele înregistrate de persoanele avizate şi formate în ceea ce priveşte modul de a fi şi de a acţiona în lume în relaţiile interpersonale.

Alegerea consilierului de către client sau alegerea sa de a se adresa unui consilier, aşteptările sale faţă de consilier sunt primele elemente de stabilire a relaţiei de consiliere (înainte de a se produce întâlnirea între cei doi).

Comunicarea reală între cei doi se realizează atunci când aceasta devine biunivocă: de la consiliat către consilier are loc transmiterea informaţiilor, a motivaţiei personale, iar de la consilier la consiliat are loc transmiterea sfaturilor, a orientărilor.

Comunicarea întâmpină în realitate nenumărate distorsiuni legate de codurile folosite de către cei doi, de mesajul vehiculat în ambele sensuri, de structura psihologică a partenerilor de comunicare.

Emițătorul are o anumită structură psihologică, are anumite aşteptări, în virtutea cărora iniţiază procesul de comunicare. În funcţie de acestea, el foloseşte un anumit cod verbal şi non-verbal care încifrează mesajul său. Acesta, pentru a fi înţeles, trebuie decodificat de către consilier în baza pregătirii sale de specialitate, a competenţei sale, dar şi a structurii sale de personalitate.

Comunicarea propriu-zisă reprezintă întâlnirea dintre repertoriul consilierului şi repertoriul consiliatului. Repertoriul este alcătuit din schemele cognitive, afective, volitive prin care este filtrat mesajul.

Consilierea este un tip special de conversaţie cu directive, procedee şi conţinut specific.

Conversaţia, ca metodă de cunoaştere a personalităţii, dacă îndeplineşte condiţiile: receptivitatea partenerilor, intenţionalitatea consiliatului, încrederea reciprocă, evitarea şedinţelor de faţadă, atitudine stimulativă din partea consilierului, empatia din partea consilierului, ascultarea activă.

Pentru ca o comunicare să devină conversaţie, este nevoie de un grad optim de receptivitate, de deschidere a spaţiului de comunicare atât la emiţător, cât şi la receptor. Desigur, intenţia persoanei cu anumite probleme psihologice de a se adresa unui consilier pentru rezolvarea acestora creşte gradul de eficienţă al procesului consilierii. Dacă subiectul nu iniţiază el acţiunea, fiind orientat sau constrâns să se adreseze unui consilier, această eficienţă scade.

Încrederea reciprocă adaugă climatului afectiv fundamentul consilierii: un nivel cognitiv-afectiv în care consiliatul îşi poate ancora credinţele. Cu experienţa sa, consilierul poate coordona consilierea în aşa fel încât să transforme tendinţele de faţadă ale candidatului în atitudini sincere.

Empatia sau arta consilierului de a se situa în locul clientului său, de a gestiona problema după regula ca şi cum, asigură atât soluţionarea mai rapidă a acesteia, dar şi igiena mentală a consilierului.

Ascultarea activă impune acordarea atenţiei clientului, atenţie necesară pentru înţelegerea problemei, cât şi pentru creşterea respectului de sine al consiliatului. Ascultarea activă oferă ocazia subiectului de a se descărca emoţional, dar creează şi condiţiile acestuia de a-şi contura singur rezolvarea problemei.

Etapele ascultării active ar putea fi formulate în mod imperativ astfel (**A. Ivery**, 1994):

1. Lăsați interlocutorul să vorbească: nu întrerupeți; nu oferiți sugestii sau soluții permanente; nu vorbiți despre sentimente sau probleme similare din experiența Dvs.
2. Prindeți ideea principală și puneți-vă în situația interlocutorului (empatie): angajați-vă în a-l înțelege pe cel care vorbește; puneți-vă în locul vorbitorului pentru a înțelege cu adevărat prin ceea ce trece.
3. Puneți întrebări pentru a-l înțelege mai bine – reformulați cele mai importante gânduri și sentimente ale interlocutorului fără a exprima un acord sau dezacord.
4. Verificați dacă ați înțeles, întrebați-l dacă mai există ceva ce ar vrea să spună.
5. Îndemnați interlocutorul să se destăinuie.

Dintre formele conversației: structurată (dirijată), semistructurată și liberă, cea mai adecvată formă ce poate fi utilizată în consiliere este cea liberă. Aceasta se realizează atunci când consiliatul are intenția clară de a se adresa unui consilier, atunci când este conștient că are o problemă și nu o poate rezolva singur. Atunci, când subiectul are doar o stare de nemulțumire, de disconfort, dar nu știe ce trebuie să facă (poate accepta sfatul unui cunoscut de a consulta un consilier). În acest caz, procesul consilierii va fi mai bine structurat de consilier.

Conversația devine sfătuire, dacă: mesajul vehiculat de la consilier la client este sfatul. Acesta este un răspuns clar, direct mai mult sau mai puțin constrângător adresat la întrebarea consiliatului. Întrebarea și răspunsul se clarifică în cursul procesului consilierii. Gradul de obiectivitate sau de dirijare a răspunsului depinde de așteptările consiliatului, de personalitatea lui și de tipul de problemă pe care o acuză (**R. Smith**, 1992, pag. 90).

La problemele imediate, concrete, punctuale și la persoanele voluntare, sfatul este cel directiv. La problemele de generalitate medie sau mare și la persoanele cu un grad ridicat de voință, sfaturile cele mai adecvate sunt cele non – directive. Între aceste extreme există o infinitate de tipuri de sfaturi în funcție de interacțiunea dintre consiliat-problemă – consilier.

Eficiența sfătuirii este dată de caracterul creativ al acesteia și nu de aplicarea unor reguli. Sfătuitorul este o persoană pregătită din punct de vedere psihopedagogic, cu o competență verificată, cu rezultate pozitive în procesul consilierii.

Problema pusă în discuție este în zona normalității subiectului sau în zona dificultăților existențiale. Se organizează o strategie individualizată de către consilier, în relație cu consiliatul cu privire la: definirea problemei, asumarea de către consiliat a responsabilității pentru a rezolva problema, coordonarea consiliatului de către consilier, rezolvarea problemei.

3.3. Strategia consilierii

Consilierea fiind un proces de intervenție educativ- psihologică de natură predominant tehnologică, dispune de procedee diferite de acțiune care activează obiective diferite și conduc la rezolvarea unor probleme diferite.

Aceste procedee ţin de: aşezarea partenerilor, limbajul vehiculat, gradul de directivitate (constrângere), definirea, redefinirea problemei – calibrarea ei – ancorarea – clarificarea – activarea etc.

Consiliatul se poate aşeza unde doreşte; în acest fel consilierul are o primă imagine asupra distanţei sociale pe care consiliatul o preferă, asupra sociabilităţii sale.

Limbajul vehiculat în procesul consilierii poate fi: verbal, non-verbal, paraverbal, cu termeni predominant vizuali, auditivi, kinestezici, olfactivi. Identificarea tipului de limbaj preferat de subiect oferă o imagine din ce mai clară asupra problemei sale şi a modului său de relaţionare. Consilierea poate avea grade diferite de dirijare: mare, medie, mică, în funcţie de personalitatea consiliatului şi tipul problemei.

Problema nu poate fi rezolvată decât prin formularea şi reformularea ei, calibrarea sau evaluarea adecvată a acesteia, ancorarea ei în realitatea consiliatului, clarificarea şi punerea în practică a soluţiei.

În procesul consilierii, este pusă în acţiune înlănţuirea firească între: întrebare-răspuns – explicare – acceptare – interiorizare – decizie – exteriorizarea acţiunii. În sensul acesta Brammer şi Shostrom, în 1999, menţionează următoarele 5 etape ale consilierii:

1. ***Etapa întâlnirii*** dintre sfătuitor şi client, ce are ca obiect explicitarea unei anumite probleme sau situaţii critice a acestuia din urmă. Atenţia ambilor parteneri este circumscrisă problemei (centrarea pe problemă).

2. ***Clarificarea*** este etapa în care sfătuitorul stimulează conştiinţa clientului său, orientându-l către soluţionarea problemei, a întrebării.

3. ***Reflectarea*** constă în ghidarea clientului de către sfătuitor în direcţia căutării active a unei soluţii posibile la problemele acestuia în concordanţă cu nevoile şi circumstanţele externe.

4. ***Confruntarea*** este etapa în care soluţia acceptată, ca fiind cea mai potrivită circumstanţelor şi favorabilă clientului, este admisă.

5. ***Interpretarea profundă*** constă în căutarea motivelor şi a mobilurilor din inconştientul clientului care au determinat ca circumstanţele vieţii acestuia să aibă caracterul de situaţii critice cărora trebuie să le facă faţă. Astfel, consilierea este orientată mai cu seamă în sensul instituirii unor măsuri de protecţie psihologică, de evitare a unor situaţii critice în raport cu posibilităţile persoanei, dar şi cu conţinutul pulsional al inconştientului acesteia.

Consecinţele procesului de consiliere depinde de interacţiunea flexibilă şi creativă între obiective – strategia construită de comun acord şi partenerii acestui proces. Consiliatul trebuie orientat în direcţia elaborării soluţiilor legate de viaţa personală, în mod independent, evitându-se formarea unei stări de dependenţă faţă de consilier.

3.4. Abordări ale procesului de consiliere

Consilierea psihologică a cunoscut o serie de abordări, pe care le prezentăm sistematic în tabelul de mai jos:

Tabel nr. 1. **Caracteristicile abordărilor conceptuale în consiliera psihologică**

Tipul de abordare al consilierii	Concepte reprezentative	Perspective de realizare	Note definitorii ale procesului de consiliere
Tip afectiv;	o Câmp fenomenal ce desemnează lumea experienţei personale a individului; o Câmp de referinţă, ce desemnează ansamblul senzaţiilor, percepţiilor şi al reprezentărilor disponibile conştiinţei; o Momentul aici şi acum, momentul în care este posibilă autorealizarea; o Culpă existenţială, ce desemnează senzaţia de vinovăţie determinată, în special de nerealizarea potenţialului individual; o Anxietate, existenţială, care este rezultat al nevoii de alegere şi al limitărilor determinate de decizie	Perspectiva rogersiană, reprezentant C. Rogers	Permite consilierului înţelegerea importanţei experimentării în cadrul consilierii. Clientul experimentează, prin senzaţia de securitate imanentă cadrului, realitatea relaţiei cu sine şi cu celălalt. Prin deschiderea spre experienţă şi aprecierea adecvată a sa în relaţie cu celălalt (consilierul), distanţa dintre Eul real şi cel ideal se micşorează, autopercepţia se îmbunătăţeşte. Relaţia de consiliere este privită ca o relaţie aici şi acum. Condiţiile în care se poate opera schimbarea comportamentului sau a personalităţii clientului sunt: →*Contactul psihologic* – relaţia este privită ca interacţiune bilaterală şi nu ca o situaţie în care consilierul face ceva pentru client; →*Anxietatea minimă necesară* – clientul trebuie să resimtă anxietate, vulnerabilitate, nelinişte- cu cât această stare este mai amplă, cu atât şansele de succes ale consilierii cresc. Starea de anxietate constituie motivaţia schimbării; →*Congruenţa în relaţie şi autenticitatea consilierului* – consilierul trebuie să fie real şi autentic în relaţie. Trăirile consilierului în raport cu clientul trebuie comunicate, într-o anumită formă acestuia. Consilierul este conştient în raport cu trăirile suscitate de client; →*Atitudinea pozitivă necondiţionată* – în raport cu trăirile, experienţele clientului. Consilierul, fără a evalua, respectă valorile şi personalitatea clientului, aşa cum este aceasta, asigurând condiţii de schimbare şi dezvoltare pentru client; →*Înţelegerea empatică* – din interiorul câmpului de referinţă al clientului ţinând cont că înţelegerea totală este imposibilă. Consilierul rămâne el însuşi, ca şi cum ar fi în situaţia clientului; . → *Percepţia clientului* – clientul trebuie să perceapă atitudinea pozitivă necondiţionată a consilierului. Acceptarea şi înţelegerea sunt efective numai în momentul în care clientul le poate percepe. Relaţia de consiliere este privită ca o relaţie aici şi acum.
		Perspectiva gestaltistă, reprezentant F. Perls	Individul uman este înţeles într-o manieră fenomenologică: ◊ individul este un ansamblu ale cărui părţi nu capătă coerenţă decât în contextul personalităţii sale; ◊ personalitatea individului este, la rândul ei, parte din mediul socio- cultural, în afara căruia nu poate fi inteligibilă;

			◊ individul îşi alege răspunsul în faţa stimulilor externi şi interni, acţionează nu re- acţionează; ◊ individul are capacitatea de a fi conştient de ansamblul senzaţiilor, reprezentărilor şi afectelor sale în funcţie de care poate face unele alegeri, îşi poate conduce destinul; ◊ unicul câmp care poate fi experimentat este cel prezent. Categoriile de probleme ale clientului ce se adresează acestui tip de consiliere sunt: ➢ ***defect de conştientizare*** este rezultatul decalajului dintre Sine şi imaginea de sine ce determină capacităţi comportamentale de a experimenta; ➢ ***lipsa autoreponsabilităţii*** este produsă de defectul de conştientizare şi ia forma nevoii de a manipula mediul şi nu de a se întoarce asupra Sinelui; ➢ ***pierderea contactului cu mediu.*** Individul fie respinge orice gen de imput venit din mediu şi totodată nevoile determinante, fie acceptă orice imput al mediului în nevoia de a conţine tot ceea ce oferă mediul; ➢ ***inabilitatea de a completa Gestaltul*** constă în imposibilitatea de a fi răspuns afectiv la situaţiile din trecut şi are efect asupra capacităţii de experimentare a prezentului; ➢ ***delegarea nevoilor***- negarea nevoilor personale; ➢ ***_dihotomizarea atributelor Sinelui.*** Clientul tinde să se considere într-o unică tendinţă, exclusiv negativă sau pozitivă.
		Perspectiva existenţialistă, reprezentant R. May	R. May defineşte individul supus existenţei prin următoarele caracteristici: ➢ individul uman este centrat pe sine. Nevroza reprezintă una din modalităţile prin care individul îşi protejează centrul existenţial; ➢ individul are nevoie să-şi protejeze centrul existenţial; indivizii au posibilitatea de a glisa între auto- centrare şi alo-centrare cu alţi indivizi. Trecerea de la auto la alo- centrare implică riscuri; ➢ conştiinţa este posibilă prin intermediul auto-centrării. Individul poate fi subiectiv conştient în situaţiile de alo-centrare; ➢ indivizii umani beneficiază de o formă specială de conştiinţă, aceasta fiind conştiinţa de sine. Individul uman se caracterizează prin anxietate, care este sentimentul unei forţe a cărei acţiune poate conduce la distrugerea propriei fiinţe; ➢ forţa esenţială a individului este căutarea sensului. Fiecare fiinţă are un sens specific şi unic, realizabil numai de individ. Consilierea de tip existenţialist presupune două etape: 4. recunoaşterea libertăţii de alegere, a capacităţii de a şti ce este bine pentru destinul personal, lăsând deoparte alegerile făcute de anturaj în numele clientului; 5. acceptarea responsabilităţii deciziei şi a consecinţelor deciziei asupra existenţei personale.

Cognitiv-comportamentală	→ Eveniment activator - situaţie ce contribuie, dar nu produce o tulburare psihică; → Credinţe iraţionale - set de credinţe disfuncţionale privind un eveniment ce determină o tulburare psihică; → Întărire socială - manipularea stimulilor de mediu în sensul recompensării anumitor comportamente pentru a creşte frecvenţa de manifestare a acestora; → Control comportamental-scop terapeutic, al intervenţiei de tip comportamental, ce presupune cunoaşterea condiţiilor ce permit modificarea comportamentului; → Stare a Eului- structură din alcătuirea Eului cu efect direct observabil în relaţiile de schimb social ale clientului.	Perspectiva raţional - emotivă, reprezentant A. Elis	Din perspectivă raţional - emotivă, schimbarea se operează la nivelul gândirii, fericirea fiind o consecinţă a gândirii raţionale. Gândirea iraţională conţinută în auto - verbalizare determină tulburări afective, sarcina consilierului constând în deconstrucţia ideilor iraţionale. Elis propune un ABC al tulburărilor afective, dar şi modalităţi corective: A- evenimentul extern-activator al problemei; B- credinţele individului- interpretarea, evaluarea pe care o dă evenimentului, ce poate fi raţională sau iraţională; C- consecinţele comportamentale sau afective ale modalităţii de interpretare a evenimentului activator. Interpretarea iraţională are drept consecinţă o stare subdepresivă, nemulţumire de sine. Interpretarea raţională mobilizează resursele de performanţă. Se constată că A nu este determinant pentru C. D- se dispută argumentele şi contraargumentele care să disloce interpretările iraţionale; E- identificarea cogniţiilor raţionale, a filosofiei eficiente în raport cu evenimentul. Obiectivele consilierii, din perspectivă raţional – emotivă, sunt: 1. identificarea cogniţiilor ilogice; 2. indicarea relaţiei pe care o au cu tulburările comportamentale şi afective; 3. susţinerea clientului în a negocia şi schimba condiţiile ilogice; 4. discutarea, dincolo de ideile iraţionale ale clientului, a filosofiei de viaţă a acestuia: Una din tehnicile specifice este *tema pentru acasă*: clientului i se dau sarcini specifice prin care să încerce comportamente şi situaţii de care se teme, să îşi asume riscuri, să eşueze în mod voluntar.
		Perspectiva comporta - mentalistă	Din perspectiva comportamentalistă, clientul este un produs al experienţei sale înţeleasă în sensul raportului dintre comportamentele adaptative şi cele non - adaptative. Comportamentul, în această viziune este rezultatul istoriei întâlnirilor şi al unui stimul declanşator Schimbarea comportamentului se face prin susţinerea clientului în stingerea comportamentelor neadecvate şi întărirea celor dezirabile. Aceasta se realizează prin:

			➢ identificarea comportamentului ce trebuie schimbat şi operaţionalizarea acestuia; ➢ construirea fundamentului noului comportament; ➢ organizarea situaţiei în care noul comportament să fie testat; ➢ identificarea factorilor şi evenimentelor ce pot întări comportamentul dezirabil; ➢ întărirea comportamentului dezirabil prin aproximări succesive ale acestuia; ➢ evaluarea efectelor procedurii. Pentru a se opera modificarea comportamentului, trebuie să se ia în considerare determinismul care precede şi succede comportamentul vizat. Astfel, se au în vedere 3 elemente: ◊ antecedentele comportamentale. Pot fi factori interni (dorinţe, credinţe etc) sau externi (persoane, situaţii); ◊ comportamentul ţintă; ◊ consecinţele comportamentului ce pot acţiona ca factor de întărire.
		Perspectiva tranzacţio-nală, reprezentant E. Berne	În perspectiva tranzacţională, Eul conţine trei stări: Copil, Adult, Părinte. Consilierul va identifica interacţiunile care au loc la nivelul Eului în scopul realizării schimbului social. Comportamentul adaptat este rezultatul intervenţiei celor 3 stări ale Eului în raport cu situaţia. Tranzacţia reprezintă unitatea acţiunii sociale. Analiza tranzacţională se centrează pe identificarea stărilor Eului prin care se realizează un schimb social. Obiectivul constă în obţinerea controlului asupra tendinţelor individului de a manipula sau de a fi manipulat

Consilierea în orientarea şcolară şi profesională

Domeniul extrem de complex, consilierea ca modalitate specifică de intervenţie psihologică, îmbracă, la nivelul şcolii, diverse forme, inclusiv cea individuală şi cea de grup. Însă, nu trebuie neglijată consilierea acordată pregătirii pentru o carieră, orientării către o profesiune.

Pregătirea pentru carieră apare ca o necesitate economică, raţională şi umanistă, în acelaşi timp, constă dintr-un *ansamblu de metode şi tehnicii specifice prin care se identifică acele caracteristici definitorii ale unui individ în concordanţă cu cerinţele, criterii impuse de grupul de activităţi lucrative spre care acesta este menit a atinge performanţă* (**M. Jigău**, 2001) şi îmbracă cele două forme consacrate în literatura de specialitate: orientarea şcolară şi profesională.

Literatura de specialitate ne oferă o varietate de definiţii ale orientării şcolare şi profesionale. Astfel, Brandhow consideră orientarea ca un mijloc de impulsionare a funcţiei educative a şcolii, iar Chislom pune accentul pe autocunoaştere. Între cele două opinii ale celor doi autori, o serie de specialişti în domeniu consideră orientarea ca un mod prin care indivizii pot să-şi înţeleagă şi să-şi folosească oportunităţi educaţionale, profesionale, personale pentru integrarea în viaţa socială.

Poate cea mai completă viziune asupra problematicii orientării şcolare şi profesionale a avut-o D.E. Super, care leagă consilierea profesională de consilierea individului. După opinia autorului, consilierea profesională implică un proces de sprijin oferit individului sub trei forme:

- să ajungă la şi să accepte o imagine corectă despre propria persoană;
- să lege acest concept despre sine şi de lumea înconjurătoare;
- să stabilească scopuri şi să dezvolte planuri în concordanţă cu această relaţie, propria persoană şi mediul în care trăieşte.

În ciuda dificultăţilor generate de problema realizării unei distincţii clare între serviciile de orientare, o clasificare a funcţiilor orientării care se bucură până în prezent de o apreciere generală a fost propusă de Koos şi Keufaver, în 1925, şi dezvoltată de H.B. Mc. Daniel. Această clasificare ce leagă funcţiile orientării de un program educaţional total distinge trei funcţii principale ale orientării:

Funcţia de ajustare constă în sprijinirea elevilor cu probleme deosebite şi presupune stabilirea unui diagnostic de către consilier şi oferirea unui tratament adecvat.

Funcţia de distribuţie constă în a-i ajuta pe subiecţi să-şi împartă energia pe mai multe canale educaţionale. Aspectul distributiv al orientării presupune din partea consilierului două operaţii esenţiale: descoperirea nevoilor individuale ale fiecărui subiect în parte şi prezentarea datelor obţinute atât subiectului în cauză, cât şi părţilor implicate (familie, şcoală - cadre didactice).

Funcţia de adaptare presupune ca posibilităţile şi nevoile reale ale elevilor, subiecţilor să fie luate în considerare prin adaptarea curriculumului la acestea.

Deoarece în cadrul procesului de orientare elevii trebuie pregătiţi pentru adoptarea unor decizii în plan şcolar şi profesional, este evident faptul că această activitate se fundamentează pe o bază psihopedagogică. De fapt, nota definitorie a orientării şcolare şi profesionale actuale şi automat a consilierii privind cariera este *caracterul ei educaţional*.

Scopul consilierii, realizate în procesul de orientare şcolară şi profesională, este acela de a evalua potenţialul unei persoane, de a o asista pe aceasta în găsirea şi trasarea unei căi profesionale potrivită pentru ea şi deziderabilă pentru societate şi, cuprinde o serie de activităţi distincte (**Gh. Tomşa**, 2003): identificarea aptitudinilor; evaluarea personalităţii; evaluarea motivaţiei; evaluarea sistemului de valori ale individului.

La nivelul literaturii de specialitate, în ceea ce priveşte dezvoltarea carierei regăsim o serie de teorii, pe care le prezentăm sintetic în cele ce urmează (**Gh. Tomşa**, 1999):

1. ***Teoria trăsătură – factor*** – Williamson şi Parsons porneşte de la o serie de considerente:
- fiecare persoană este unică prin trăsăturile ei;
- fiecare loc de muncă are cerinţe specifice;
- competenţele cerute la locul de muncă trebuie să se potrivească cu trăsăturile persoanei;
- concordanţa dintre trăsăturile persoanei şi cerinţele locului de muncă generează satisfacţie în muncă.

Teoria lui Williamson şi Parsons are însă o serie de neajunsuri: nu sunt luate în considerare etapele de dezvoltare ale personalităţii umane în raport cu opţiunea privind cariera; nu are în vedere şi alte aspecte ale adaptării la locul de muncă

2. ***Teoria lui Holland_*** porneşte de la ideea că oamenii cu interese similare în anumite domenii vor avea succes în anumite ocupaţii care se potrivesc unui anumit tip de personalitate.

Această idee l-a determinat să formuleze 6 categorii de bază în ceea ce priveşte tipologia persoană-mediu. Diferitele personalităţi preferă diferite medii, pot exista elemente care să se potrivească în toate cele 6 grupe, dar atracţia va fi către două sau trei arii. Consilierea, din această perspectivă se va realiza în funcţie de tipul de personalitate descris: combinarea a trei tipuri (codul lui Holland).

Cele 6 tipuri de personalitate descrise de Holland sunt:

✓ *realist*: persoana care are abilităţi sportive sau mecanice, care preferă să lucreze cu obiecte, maşini, instrumente, plante sau animale, în special în medii deschise;
✓ *investigativ*: persoana căreia îi place să observe, să înveţe, să analizeze, să evalueze sau să rezolve probleme;
✓ *artistic*: persoana cu abilităţi artistice, de inovare, intuitive; îi place să lucreze în situaţii nestructurate, folosindu-şi imaginaţia şi creativitatea;
✓ *social*: cel căruia îi place să lucreze cu oameni pentru a informa, a instrui, a trata; are abilităţi lingvistice;
✓ *întreprinzător*: persoana căreia îi place să lucreze cu oameni, să influenţeze, să convingă, să conducă şi să organizeze activităţi pentru atingerea unor scopuri economice;
✓ *convenţional*: persoana care preferă să lucreze cu date, are abilităţi matematice, se ocupă de sarcini în detalii, preferă să fie coordonată în activităţile pe care le desfăşoară.

3. ***Teoriile de dezvoltare stadială*** au pornit de la următoarele asumpţii:
– dezvoltarea carierei se realizează prin parcurgerea mai multor stadii în strânsă legătură cu evoluţia în plan vocaţional;

- oamenii au potențial de dezvoltare în mai multe arii ocupaționale;
- deciziile în carieră sunt influențate de valorile individuale, factori emoționali, educație, mediu;
- imaginea de sine se schimbă în timp și prin acumularea de experiențe;
- schimbările care apar pot fi considerate etape ale dezvoltării.

4. ***Teoria învățării sociale*** – Krumboltz – susține influența a patru factori în luarea deciziei privind cariera: aptitudinile, condițiile de mediu, experiențe de învățare, stil de raportare la sarcini.

5. ***Teorii privind luarea deciziei în carieră (modele cognitive).*** Acest tip de abordare are la bază ideea de maximizare a câștigurilor și minimizare a pierderilor, utilizarea eficientă a resurselor. Luarea deciziei din perspectiva teoriei cognitive presupune parcurgerea unor etape în prelucrarea informației: receptarea datelor, analiza alternativelor, evaluarea opțiunilor, realizarea planului de acțiune; modificarea ideilor nerealiste despre carieră.

Acest tip de abordare s-a concretizat într-o serie de modele

a) Modelul utilității așteptate: Pitz, Harren este considerat un model de optimizare. Esența acestui model constă în a defini toate criteriile importante: salariu, locație, oportunitatea de a te manifesta creativ; a examina fiecare opțiune, a anticipa în ce măsură fiecare opțiune corespunde criteriilor stabilite.

El constă dintr-o serie de etape:

1. identificarea și definirea criteriilor relevante;
2. acordarea de ponderi criteriilor și ierarhizarea lor;
3. identificarea ariei de ocupații posibile;
4. evaluarea fiecărei ocupații în funcție de fiecare criteriu prin acordarea de puncte;
5. identificarea ocupației care obține cea mai mare rată de utilitate așteptată.

Modelul utilității așteptate a fost criticat pentru faptul că este prea rațional în condițiile în care indivizii nu abordează atât de logic procesul de luare a deciziei.

b) Modelul eliminării secvențiale: Gati- este considerat un model „satisfăcător". În cadrul acestui model se definesc cerințele minime în funcție de fiecare criteriu. Se evaluează fiecare opțiune și se elimină pe rând cele care nu corespund cerințelor minime ale criteriilor până când rămân câteva opțiuni.

Și acest model este structurat pe 5 etape:

1. identificarea criteriilor relevante;
2. ierarhizarea criteriilor în funcție de importanța lor;
3. identificarea nivelului acceptabil pentru fiecare criteriu;
4. eliminarea ocupațiilor care nu îndeplinesc nivelul minim stabilit anterior;
5. obținerea unei liste cu trei ocupații.

Acest model a fost criticat pentru faptul că, eliminarea ocupațiilor s-ar putea să depindă de ordinea în care sunt aranjate criteriile.

Aceste modele, ca și teorii privind dezvoltarea carierei se obiectivează în etapele și metodele de consiliere.

Etapele consilierii privind cariera se realizează prin intermediul consilierii de grup. În cadrul consilierii privind carierea realizată în grup, constatăm existența a trei stadii: stadiul inițial, stadiul intermediar și stadiul final.

Stadiul inițial. În această etapă, consilierul poate observa expectanțele copiilor raportate la consilier și la grup. Este, de asemenea, importantă detectarea nivelului de anxietate a membrilor grupului pentru adoptarea unor măsuri menite a reduce tensiunea față de grup, teama de a fi ridiculizați sau testați.

Principala sarcină a consilierului constă în promovarea coeziunii grupului, astfel că acesta va trebui să realizeze legături, să sumarizeze astfel încât să-i determine pe membrii grupului să vorbească unii cu alții.

De asemenea, consilierul trebuie să abordeze discuțiile într-o manieră empatică, încercând să comunice cu grupul într-o atmosferă mai lejeră decât disciplina școlară (dar nu foarte lejeră), fără să lase impresia că este atotștiutor, evitând tendința de a domina grupul de pe poziția sa de adult.

Stadiul intermediar. Pe măsură ce grupul se dezvoltă apar alte probleme ce solicită atenția consilierului, astfel încât, consilierul trebuie să observe comportamentul verbal dar și cel nonverbal care furnizează informații importante despre nivelul de interacțiune și de comunicare dintre membrii grupului.

Este important ca pe durata discuțiilor, consilierul să focalizeze sensul discuțiilor alături de crearea unui climat de securitate pentru toți membrii grupului.

Stadiul final În această etapă domină componenta emoțională, de aceea, consilierul trebuie să fie suportiv, să realizeze un feedback pozitiv și să încurajeze copiii pentru activitățile viitoare pe care le vor rezolva în afara grupului.

În cadrul consilierii privind cariera, există o serie de metode ce pot fi utilizate atât la nivel individual cât și la nivel de grup. Le prezentăm pe cele mai folosite la ora actuală:

↔ *Structurarea* se referă la definirea scopurilor și comunicarea lor, stabilirea limitelor discuțiilor în vederea realizării obiectivelor propuse. Consilierul accentuează importanța comunicării în cadrul grupului, încurajează formarea unor abilități de ascultare activă și organizează munca în grup astfel încât membrii să perceapă scopurile și să evalueze câștigurile în fiecare etapă.

↔ *Universalitatea* este atât mecanism, cât și tehnică de consiliere. Ca mecanism se referă la faptul că ascultându-se unii pe alții, subiecții învață că nu sunt singurii care au o anumită problemă, iar ca tehnică că mai sunt și alții cu aceleași preocupări ca și el.

↔ *Linking* – realizarea de legături constă în evidențierea similarităților și diferențelor în gândirea elevului. Consilierul poate face legături între semnificația și modul de exprimare al sentimentelor; analizează comportamentul verbal și nonverbal. Tehnica promovează interacțiunea dintre membrii grupului și favorizează coeziunea grupului

↔ *Confruntarea constructivă* nu constă în atacarea celorlalți, ci ajută individul să înțeleagă mai bine impactul comportamentului său asupra colegilor săi. În stadiul intermediar poate să apară confruntarea negativă, situație în care consilierul trebuie să reducă tensiunile.

↔ *Folosirea interacțiunii aici și acum* urmărește diminuarea discuțiilor despre trecut. Grupul trebuie să se concentreze asupra a ceea ce se întâmplă în prezent, să ajute la rezolvarea problemelor copiilor în cadrul activităților comune.

↔ *Blocarea* implică intervenția în orice comunicare destructivă pentru grup sau pentru majoritatea membrilor grupului. Blocarea se poate referi la unele întrebări sau afirmații neconstructive, la întreruperea discuțiilor despre un membru al grupului dacă acestea nu îl includ.

↔ *Feedback-ul pozitiv*. Consilierul are multe posibilități de încurajare a membrilor grupului și de antrenare a lor în comunicare. Acest tip de interacțiune îi ajută pe copii să depășească momentele de anxietate, să progreseze.

↔ *Formularea de interpretări ipotetice* de către consilier are scopul de a dezvolta la copii abilități de autoanaliză prin preocuparea față de cauzele, scopurile sau determinările unui comportament. Aceste interpretări trebuie făcute într-o manieră ipotetică, punându-le sub semnul posibilului, fără nici o nuanță acuzatoare. Însă, este necesar ca elevul să dorească această abordare. Întrebările pot avea formulări de genul: Este posibil?, sau Mă întreb dacă?, Ar putea fi?

3.6. Dominantele consilierii copiilor cu cerințe educaționale speciale

3.6.1. Specificul consilierii psihologice a copiilor cu cerințe educaționale speciale

Înainte de a arăta care sunt coordonatele după care trebuie realizată activitatea de consiliere a copiilor cu cerințe educaționale speciale, trebuie să precizăm faptul că, pentru această categorie de subiecți, consilierea presupune procesul prin care **persoanele interacționează în scopul oferirii și primirii de ajutor (Manolache I.,** 2004).

Clientul cu nevoi speciale se confruntă cu 3 categorii de probleme care se determină reciproc: "condițiile și nevoile sale; percepția nerealistă a diferitelor persoane din mediul social, profesional și impactul percepției nerealiste asupra imaginii de sine". (**M. Georgescu**, 2004, pp. 166-168). Aceste 3 categorii de probleme au ca efect dezvoltarea unui comportament deficitar.

Obiectivul specific al consilierii constă în decelarea influențelor negative ale mediului și izolarea factorilor supraadăugați de nevoile reale, specifice ale clienților.

Consilierea cu persoanele cu nevoi speciale implică: cunoașterea legislației, a facilităților, a resurselor specifice alocate acestei categorii de populație; cunoașterea metodelor de diagnostic specifice; cunoașterea caracteristicilor dezvoltării psihice, dar mai ales a trăsăturilor de specificitate date de tipul și de gradul deficienței; cunoașterea modelelor de învățare specifice, dar și resursele implicate în proces.

Pentru descrierea activităților posibile, la nivelul activității de consiliere, în general și mai ales, în cadrul consilierii adresate persoanelor cu cerințe educaționale speciale, a fost conceput un model cu trei dimensiuni: *sarcina, scopul intervenției, metoda de intervenție*. *Sarcina* redă într-o manieră clară și precisă pe cine sau ce țintește activitatea de consiliere. Astfel, sarcinile pot fi orientate către familie, clasă, școală, cartier, asociație, etc. *Scopul* intervenției, motivat, poate fi prevenția sau remedierea handicapului școlar și / sau socioprofesional; stimularea dezvoltării personale, ocupaționale; *Metoda* precizează maniera concretă de intervenție. Aceasta poate fi realizată prin intermediul ***serviciului direct,*** caracterizat prin contactul și comunicarea directă dintre consilier și consiliat, sau angajare într-o relație de parteneriat cu o anume

instituţie şi comunitate. Se mai pot utiliza ca metode: ***consultaţia şi pregătirea,*** alături de alţi specialişti implicaţi, consilierea prin intermediul mijloacelor mass-media: computere, cărţi, radio etc. (**R. Urea**, 2005).

Dimensiunile modelului sugerează funcţiile specialistului implicat în consilierea adresată persoanelor cu cerinţe educaţionale speciale: consilier, consultant, coordonator, evaluator.

Consilierea individuală ***se aplică persoanelor ce pot face alegeri***. Pentru elevii cu cerinţe educaţionale speciale, consilierea psihopedagogică individuală vizează aspectul de ***interacţiune în scopul oferirii şi primirii de ajutor,*** Astfel, consilierul îl ascultă pe consiliat, comunică cu acesta, ***dar nu acţionează şi nici nu hotărăşte în locul lui.***

Din această perspectivă, consilierea psihopedagogică individuală a persoanelor cu cerinţe educaţionale speciale implică asumarea şi respectarea anumitor principii (**Manolache I.**, 2004):

1. Respectarea drepturilor persoanei de a-şi alege ceea ce i se potriveşte;
2. Facilitarea deciziei personale;
3. Încurajarea persoanei să evolueze pe coordonatele care îi sunt proprii şi specifice;
4. Explorarea atentă a situaţiei şi / sau problemei, din perspectiva persoanei consiliate;
5. Negocierea obiectivelor relaţiei de consiliere sau antrenament şi acordul reciproc;
6. Furnizarea informaţiei relevante pe căi clare şi eficace.

La nivel individual, consilierea persoanelor cu cerinţe educaţionale speciale, (cu excepţia persoanelor cu debilitate mintală moderată, severă sau profundă, unde nu se realizează, dar se poate realiza cu anumite limite în cazul copiilor cu debilitate mintală uşoară sau a celor cu intelect liminar), vizează: formarea de abilităţi, deprinderi, atitudini ce permit, în baza potenţialului restant funcţional, funcţionarea personală şi socială în context integrativ; oferirea de suport emoţional, apreciativ şi material; dezvoltarea personală în concordanţă cu dezvoltarea carierelor profesionale din zona de rezidenţă.

Dintre metodele de consliliere individuală, la nivelul consilierii psihopedagogice individuale a persoanelor cu cerinţe educaţionale speciale, cele mai frecvente sunt: activităţile ludice de relaxare; exerciţiile de învăţare; jocurile de rol; punerea în situaţie; vizionarea de filme şi comentarea lor; realizarea de desene, afişe, colaje; comentarea unor texte şi imagini; completarea de fişe de lucru; evaluarea unor situaţii problematice; imaginarea unor situaţii problematice. (**R. Urea**, 2005)

Consilierea psihopedagogică adresată persoanelor cu cerinţe educaţionale speciale are în vedere şi comunitatea, mai ales în context incluziv. Direcţiile de intervenţie au următoarele direcţii: consilierea copilului cu cerinţe educative speciale, consilierea familiei acestuia, consilierea elevilor din clasele incluzive, consilierea părinţilor elevilor normali din clasele incluzive, consilierea cadrelor didactice ce lucrează cu elevii cu cerinţe educaţionale speciale, consilierea factorilor de decizie din şcoala incluzivă; fiecare având metode specifice.

Spre exemplu, pentru facilitarea interacţiunii şi comunicării dintre elevi, A. Băban, în 2003, propune o serie de exerciţii. Unele dintre acestea, pot fi folosite la îmbunătăţirea

comunicării dintre elevii cu cerințe educaționale speciale și elevii normali din școlile incluzive: jocul cu portocala, încrederea, oglinda, zodiile.

3.6.2. Specificul consilierii privind orientarea școlară și profesională

Orientarea școlară și profesională – OSSP – se constituie ca una dintre componente ce desăvârșește activitatea de consiliere realizată la nivelul școlii. Ea are ***obiectiv fundamental pregătirea elevilor pentru alegerea studiilor și profesiunii, pentru integrarea lor funcțională în viața social – productivă***. Această pregătire trebuie să permită elevilor efectuarea unor opțiuni școlare și/ sau profesionale corecte și realiste în conformitate cu sistemul de dorințe, aspirații, interese, cu potențialul individual și cu cerințele vieții sociale.

Specificul OSSP la deficienți este dat de faptul că incapacitățile fizice și intelectuale ale acestora diminuează autonomia, își pun amprenta asupra personalității lor, scăzându-le capacitatea de autoapreciere obiectivă și diminuarea posibilităților de autoorientare.

Datorită dificultăților de adaptare școlară, profesională și socială, s-a pus cu insistență și se pune în continuare problema sprijinirii persoanelor deficiente prin măsuri care să le favorizeze integrarea; lucru care nu se realizează cu suficientă eficiență.

Documentele internaționale - Declarația drepturilor omului, Declarația drepturilor copilului, Declarația drepturilor deficientului mintal - stipulează secvențial și unitar un complex de măsuri menite a facilita integrarea socială a persoanelor deficiente. Aceste prevederi sunt evidențiate și în legislația românească, în speță faptul că persoanele deficiente au dreptul de a desfășura o muncă utilă și se reflectă în legea 53/1992, 57/1992, în Proiectul de strategie națională privind accesul la serviciu al persoanelor deficiente.

Condițiile actuale de concepere și organizare a educației speciale și integrate impun o serie de măsuri menite a elimina oricare discriminări dintre persoanele normale și cele deficiente. Nu este vorba de ignorarea particularităților, a aspirațiilor individuale, ci de asigurarea prin orientare a ceea ce se numește egalizarea șanselor, adică stimularea și valorificarea optimă a capacităților fiecărui individ.

În aceste condiții, OSSP a deficienților are două componente principale: prima componentă prezentă și în orientarea tradițională este cea pe care o asigură instituțiile de învățământ, adică de informare; a doua componentă, care o finalizează pe cea dintâi, se concretizează prin punerea în aplicare, inclusiv prin măsuri administrative, a actualelor orientări spre integrarea în comunitate și egalizarea șanselor.

Integrarea copiilor cu nevoi speciale în diverse forme și instituții de educație și învățământ este stipulată în Legea Învățământului nr. 84/1995. În capitolul VI, prevederile de integrare a copiilor cu CES, atât în învățământul special, cât și în învățământul obișnuit, stipulează asigurarea unui circuit deschis între cele două subsisteme ale învățământului. Scopul este beneficiul persoanei cu nevoi speciale de educație prin acordarea de ajutor specializat, necesar pentru dezvoltarea cognitivă, socială și profesională pe o curbă ascendentă.

Orientarea școlară și profesională se face ținând seama de gradele sau nivelurile unei deficiențe, în termenii pe care îi prezentăm în continuare (**I. Manolache**, 2004):

a. **Elevii cu dificultăți sau tulburări de învățare** sunt orientați, de regulă, spre unități școlare obișnuite, cu posibilitatea asigurării unor structuri și/sau servicii de

sprijin.[1] În astfel de cazuri, tulburările sunt cu dominanță motorie sau afectivă, fără deviații semnificative ale comportamentului, cu ritm lent de învățare, cu handicap și/sau intelect de limită sau deficiențe ușoare perceptive, cognitive sau intelectuale.

b. **Elevii cu deficiență mintală** sunt școlarizați și formați profesional în: grupe din clase obișnuite sau clase speciale din unități obișnuite de învățământ și clase speciale din școli speciale, când au „deficiență ușoară"; școli sau clase speciale sau grupe speciale din unități de învățământ obișnuit, când au "deficiență moderată/medie"; școli sau clase speciale, când au „deficiență severă"; școli sau clase speciale și centre speciale, când au „deficiență profundă".

c. **Elevii cu deficiențe/tulburări de limbaj**, în situația când acestea nu sunt însoțite de alte deficiențe sau nu reprezintă consecința acestora, sunt orientați spre clase obișnuite din învățământul general. Ei beneficiază de asistență logopedică în centrele interșcolare. Centrele logopedice interșcolare funcționează, de regulă, pe un teritoriu mai larg, cu arondarea mai multor școli. Asistență logopedică se poate obține și în policlinici, până la vârsta de 18 ani.

d. **Elevii cu deficiențe socioafective și de comportament** pot fi orientați spre școlile/clasele de reeducare (reabilitare socială), dacă au comis diferite infracțiuni dar nu răspund penal din motive de vârstă (sub 14 ani) sau vârstă și lipsa discernământului (14-16 ani).

e. **Elevii cu dificultăți sociale**, a căror dezvoltare este prejudiciată în familie și/sau în mediul de viață, cu tulburări ușoare sau incipiente de comportament (însoțite de adaptare socială deficitară), pot fi orientați spre centrele/clasele de educație preventivă.[2]

f. **Alte situații** pot fi generate de persoane fără posibilitate de deplasare, copii cu boli cronice și/sau HIV/SIDA, alte situații de dezavantaj școlar care nu pot fi rezolvate în condițiile învățământului obișnuit și necesită intervenții educative cu regim special.

În orientarea școlară și profesională se va avea în vedere situația actuală din învățământul românesc în care, afirmată la nivelul principiilor, tendința de integrare a copilului cu CES în școli și clase obișnuite este dificilă din multiple cauze: gradele de intensitate ale deficiențelor sunt evaluate diferit, de către comisii subordonate unor instituții și interese diferite. O atenție mărită este necesară pentru depistarea scalei și tipului de diagnostic cu care operează diverși specialiști; există diverse scale de diagnostic: clinic, funcțional, psihologic și pedagogic. Acestea solicită cunoștințe în evantai și competență pentru evitarea confuziei între tipurile de diagnostic: diagnosticul clinic (se raportează la boală, semne clinice, lipsuri, insuficiențe, incapacități) – fixat de medicul specialist, diagnosticul funcțional (este o evaluare a decalajului ce apare pentru elev/tânăr ca dezavantaj în confruntarea dintre restantul său morfofuncțional și solicitările activității școlare și profesionale) – stabilit de comisia medicală de diagnostic și triaj în conformitate cu normele de expertiză medicală a capacității de muncă și diagnosticul psihopedagogic (se realizează prin psihodiagnoză, evaluare curriculară, predicție școlară și profesională).

---

[1] Un criteriu important în identificarea tulburărilor/dificultăților de învățare este inexistența vreunei deficiențe de ordin intelectual, fizic, senzorial sau de limbaj.

[2] Adolescenții cu vârste de peste 16 ani sau între 14-16 ani care au comis fapte antisociale cu răspundere penală sunt orientați spre centrele de reeducare ale Ministerului Justiției.

Bazele unei orientări corecte a copiilor cu deficienţe se impun de timpuriu, chiar la nivelul învăţământului preşcolar, continuându-se pe tot parcursul şcolarităţii, urmând realizarea treptată a *obiectivelor* (**I. D. Radu**, 1999) :

- ➢ educarea unor atitudini şi formarea unor trăsături pozitive de caracter, care să contribuie la diminuarea propriei deficienţe;
- ➢ încurajarea şi sprijinirea permanentă şi individualizarea elevilor pentru a depăşi dificultăţile ce pot apare în însuşirea cunoştinţelor şi formarea deprinderilor;
- ➢ învingerea tendinţei copiilor de a nu depune efort şi de a se autoservi;
- ➢ obişnuirea cu mediul organizat, cu participarea la activităţile sistematice, care sunt percepute uneori de copii ca restrictive, ceea ce determină o atitudine de neacceptare şi chiar de nesupunere;
- ➢ obişnuirea cu regulile ce trebuie respectate în grupul şcolar, cu acceptarea colegilor, cu regulamentul şcolar;
- ➢ formarea deprinderilor elementare de a învăţa şi de a munci organizat;
- ➢ conştientizarea faptului că trebuie să-şi aleagă meserii adecvate propriilor capacităţi fizice şi intelectuale;
- ➢ informarea asupra reţelei de şcoli şi profesii pentru care se poate opta în continuarea studiilor;
- ➢ depistarea aptitudinilor şi dirijarea interesului şi opţiunilor profesionale spre profesii sau grupe de profesii accesibile.

Odată ajuns în învăţământul profesional, adolescentul deficient întâmpină dificultăţi de adaptare şcolară şi profesională. Dificultăţile sunt datorate mai multor cauze, printre care:

- → gama meseriilor din şcolile profesionale speciale nu acoperă varietatea opţiunilor elevilor şi nici, capacităţilor lor;
- → programele analitice ale şcolilor profesionale speciale nu sunt suficient corelate cu cele ale ciclurilor anterioare, ceea ce creează dificultăţi în însuşirea unor discipline tehnice de învăţământ.

Manolache I, în 2004, considera că ar trebui respectate câteva reguli în procesul de orientare şcolară şi profesională a copiilor cu cerinţe educaţionale speciale:

1. În evaluările medicale se va utiliza diagnosticul clinic numai orientativ, pentru a se evita riscul confuziei dintre posibilităţile individuale de adaptare şi probabilităţile statistice ale adaptării categoriilor de apartenenţă.
2. Se va decide orientarea copilului spre învăţământului special, cu caracter temporar şi revenire pentru reexaminare complexă şi reorientare.
3. Se va evita, pe cât este posibil, practica de a decide reorientarea cazurilor, după tipul şi gradul deficienţei, totdeauna în jos, de la unităţi şcolare cu cerinţe instructiv-educative de nivel mai ridicat către unităţi educaţionale cu oferte educative reduse.
4. Învăţământul special este destinat să accepte adolescenţi cu deficienţe propriu-zise de intensitate variabilă, dar între limite care concordă cu un alt tip de standardizare medie a programelor şcolare. Ca urmare, se impune diversificarea standardelor educaţionale, cu marcarea nivelurilor de progres ale fiecărui elev.
5. Este de dorit să se valorifice avantajele îmbogăţirii ofertelor educative şi deschiderea unităţilor şcolare din învăţământul obişnuit pentru primirea elevilor

cu CES în clase speciale. În principiu, atunci când se întrunesc condiții necesare și suficiente, persoana cu nevoi speciale de educație poate fi cuprinsă în structuri integrate din învățământul obișnuit sau în clase obișnuite integrate în alte instituții decât cele de învățământ (spitale, centre de plasament familial, centre de zi etc.).

6. Se va urmări ca inovațiile legislative și administrativ-instituționale să fie susținute prin schimbarea de esență a practicii de orientare școlară și profesională a persoanelor purtătoare de deficiențe.
7. Nu este suficientă schimbarea de etichetă pentru persoană, de la deficient sau handicapat la persoană cu nevoi speciale de educație, dacă se păstrează același cadru de referință: descrierea de categorii (tipuri) și grade ale deficienței pentru includerea cazurilor individuale în sfera drepturilor la protecție și educație specială. O astfel de tratare este dominată de nevoia protecției speciale, cu asistență financiară, nu de **căutarea răspunsului personalizat la nevoile de educație.**
8. Persoana de orice vârstă, care nu se adaptează la programe standard de formare profesională (chiar atunci când sunt proiectate pentru învățământului special), trebuie să primească un sprijin educativ potrivit, atât timp cât este necesar.
9. Esențială este schimbarea de atitudine față de persoana cu CES și disponibilitatea de investiție materială și de resurse umane pentru asigurarea ajutorului necesar.

Eficiența OSSP în învățământul deficienților este dată de complexitatea activității comisiilor de expertiză, ale căror principale sarcini sunt:

- ✓ avizarea transferului elevilor spre alte unități școlare de același tip;
- ✓ propunerea de reorientare spre alte instituții sau programe de educație specială și integrată a unor copii greșit orientați inițial;
- ✓ efectuarea expertizei și fundamentarea propunerilor de orientare a absolvenților;
- ✓ propuneri de adaptare curriculară, de elaborare și precizare a planurilor individuale de reabilitare/ recuperare;
- ✓ organizarea de vizite la unități economice din zonă;
- ✓ consilierea și îndrumarea părinților;
- ✓ sondarea opțiunilor profesionale ale elevilor și părinților și dirijarea lor realistă spre profesiuni accesibile;
- ✓ verificarea aptitudinilor școlare și profesionale;
- ✓ pregătirea psihologică a elevilor pentru depășirea dificultăților pe care le întâmpină în activitatea școlară și în munca manuală;
- ✓ întocmirea documentației de înregistrare și păstrare a informației asupra stării și evoluției fiecărui elev: caiete de înregistrare a observațiilor curente și a măsurilor operative inițiate, fișe psihopedagogice de sistematizare a datelor individuale, caracterizări psihopedagogice.

În contextul globalizării, a recesiunii economice, orientarea școlară și profesională a copiilor cu cerințe educaționale speciale trebuie să țină cont de ***specificul regional al pieței muncii.*** Acest specific imprimă o anumită dinamică a ocupațiilor la nivelul unei regiuni (România este împărțită în 8 regiuni de dezvoltare economico-socială).

Astfel, specialiştii implicaţi în orientarea şcolară şi profesională a copiilor cu cerinţe educaţionale trebuie să acorde o importanţă deosebită şi:

- formării abilităţilor de marketing personal, referitoare la găsirea unui loc de muncă;
- formării şi dezvoltării competenţelor de comunicare interpersonală socială;
- formării şi dezvoltării abilităţilor de lucrul în echipă;
- formării şi dezvoltării abilităţilor de organizare a locului de muncă, de căutare a unui loc de muncă, de igienă şi securitatea muncii.

4. ASISTENŢA SOCIALĂ A FAMILIEI ÎN DIFICULTATE

Pentru a putea fi bine înţeleasă şi pentru a se putea interveni optim în rezolvarea problemelor sale, familia trebuie abordată diferit. Conform Dicţionarului de Sociologie, familia poate fi definită atât în sens larg, cât şi în sens restrâns.

Astfel, în sens larg, familia reprezintă "grupul social ai cărui membri sunt legaţi prin raporturi de vârstă, căsătorie sau adopţiune şi care trăiesc împreună, cooperează sub raport economic şi au grijă de copii" (**Zamfir.C, Vlăşceanu.L**, pag. 238).

Într-un sens restrâns, familia este "un grup social format dintr-un cuplu căsătorit şi copiii acestuia." (*op. cit.*, pag. 238).

Familia poate fi înţeleasă şi ca o comunitate care se bazează pe o serie de relaţii sociale şi biologice. Principalul scop al acesteia este pregătirea sănătoasă şi temeinică a unei noi generaţii ce urmează să participe la dezvoltarea societăţii.

Iolanda şi N. Mitrofan (1994,pg.111) apreciază că „familia este matricea genetică în care se plămădesc modelele primelor relaţii umane, ale primelor relaţii cu sexul opus, primelor comunicări şi atitudini fundamentale faţă de semeni şi faţă de viaţă…Şi tot ea rămâne, de-a lungul întregii existenţe, sursa primordială a satisfacerilor nevoilor noastre emoţionale de contact, apartenenţă şi afiliere socială, de siguranţă, dragoste şi respect faţă de sine".

Maria Voinea (1993) precizează că relaţiile din familie sunt de tip psihologic-afectiv-moral-economic, în care fiecare membru îşi poate aduce o anumită contribuţie. Astfel sunt relaţiile cu caracter tipologic dintre soţ şi soţie, părinţi şi copii, dintre descendenţi (fraţi, surori), dintre alte persoane care apar ulterior în familie (gineri, nurori, socrii, nepoţi), care asigură evoluţia şi comunicarea la nivelul familiei.

Antropologul francez Claude Levi-Straus, defineşte familia, ca fiind un "grup organizat, care îşi are originea în căsătorie şi este compus din soţ, soţie şi copii născuţi prin unirea lor". Ca o completare a acestei definiţii, autorul vine să sublinieze că acestui grup i se pot adăuga şi alte rude (bunici, părinţi sau fraţi ai soţilor). Grupul familial este unit prin drepturi şi obligaţii morale, juridice, economice, religioase şi sociale.

Sistemul familial cuprinde reglementări ale relaţiilor dintre soţi dar şi dintre aceştia şi copiii lor. Aceste sisteme familiale sunt diferite de la o societate la alta în funcţie de gradul de cuprindere a grupului familial, de forma de transmitere a moştenirii, de modul de stabilire a rezidenţei noilor cupluri, de modul de exercitare a autorităţii în cadrul familiei.

În literatura de specialitate întâlnim denumirile de „familie normală" şi „familie anormală".

Astfel, *familia normală* este acea familie alcătuită din soţ, soţie şi unul sau mai mulţi copii, este legalizată în faţa organelor de stat, şi care duce o viaţă demnă, onorantă, asigurând copiilor o dezvoltare şi o educaţie corespunzătoare.

Prin *"familia anormală"* înţelegem o familie incompletă, fără unul dintre soţi sau fără copii. Tot din această categorie mai fac parte următoarele categorii: familia neoficializată de organele de stat, care trăieşte în concubinaj, familia închegată pe bază de interese, familiile dezorganizate, cu prezenţa membrilor alcoolici, bolnavi cronici care nu lucrează, care manifestă vagabondaj, prostituţie, consum de stupefiante. În asemenea cazuri pot să apară „copiii-problemă", copiii delincvenţi şi cu alte carenţe social-comportamentale.

Privită din perspectiva sistemică, familia poate fi interpretată ca o entitate culturală, socială, economică capabilă să garanteze satisfacerea necesităţilor şi împlinirea aspiraţiilor membrilor săi, şi care poate asigura securitate emoţională, sexuală şi economică. Corespunzător funcţiilor familiei într-o societate, membrii familiei au drepturi reglementate juridic, roluri şi obligaţii morale, economice etc.

Tot din perspecitvă sistemică, familia este mai mult decât suma părţilor componente deoarece indivizii care compun sistemul interacţionează şi se influenţează reciproc. Repartizarea responsabilităţilor este specifică fiecărei familii, prin intermediul căreia membrii săi îşi interiorizează norme şi valori, preiau roluri şi dezvoltă abilităţi de rezolvare a problemelor.

Evoluţia familiei este dependentă şi de nivelul cultural şi al dezvoltării societăţii. Astfel, apar diferenţieri în cadrul acestuia, iar funcţionalitatea familiei poate fi apreciată în raport de parametri expectaţiilor, ai atitudinilor şi ai ideilor cu caracter politico-social ce guvernează societatea respectivă (**I. Mihăilescu,** 1999).

Există patru factori care acţionează la nivelul familiei, fie cu efecte benefice, fie, dimpotrivă, cu efecte negative pe baza cărora se poate diferenţia o familie cu dificultăţi de una normală. Aceşti factori sunt (**Mariana Spânu**, 1998):

- încrederea în sine a membrilor familiei,
- comunicarea între aceştia,
- regulile din cadrul unei familii,
- tipul relaţionărilor cu societatea.

În familiile cu probleme, încrederea în sine a membrilor este foarte scăzută, la fel şi nivelul şi calitatea comunicării, aşa cum arăta şi **Virginia Satir** (1972). Autoarea susţine faptul că, şi regulile acestor familii sunt brutale, de neclintit, iar relaţiile cu societatea, dacă nu lipsesc cu desăvârşire, sunt defectuase, fiind manifestate prin teamă, furie, ignoranţă.

Un rol important pentru menţinerea echilibrului în familie îl au membrii acesteia, mai ales prin identificarea şi eliminarea pe cât posibil a divergenţelor şi dificultăţilor apărute (homeostază a familiei), pentru o mai bună adaptare şi deci o mai bună funcţionare a familiei ca sistem (morfogeneză). Flexibilitatea sistemului familial se poate observa şi din rigiditatea/flexibilitatea graniţelor familiei, din cantitatea şi calitatea schimburilor cu alte sisteme. Din acest punct de vedere, putem menţiona existenţa a trei tipuri de sisteme familiale:

1. ***sistemul închis*** – (reguli stricte care limitează tranzacţiile cu exteriorul şi deci şi o limitare informaţională) – acest sistem este dificil şi din punctul de vedere al asistentului social, care nu poate să stabilească contacte benefice cu membrii sistemului;
2. ***sistemul deschis*** – elasticitate, flexibilitate, relaţii multe şi benefice cu exteriorul;
3. ***sistemul aleator*** – (caracterizat prin absenţa graniţelor) nu există limite faţă de persoane sau informaţii care intră în sistem, dar cresc şansele ca fiecare membru să-şi satisfacă necesităţile. Toate acestea generează o lipsă de unitate a familiei, care generează relaţii conflictuale maritale sau parentale.

Ca orice sistem, sistemul familial este alcătuit dintr-o serie de subsisteme delimitate prin intermediul unor graniţe interioare. Aceste graniţe interne au rolul de a regla raporturile dintre soţi, părinţi, copii, bunici.

Un aspect important este reprezentat şi de structura puterii în cadrul sistemului familial. Aceasta are rolul de a menţine coeziunea familiei şi este într-o relaţie intrinsecă cu procesul decizional. Procesul decizional, în familie, trebuie să se bazeze pe o evaluare corectă, pe comunicare fluentă, pe un sistem de valori şi norme bine delimitat etc..

Importantă pentru domeniul asistenţei sociale este cunoaşterea funcţiilor de bază ale familiei. Funcţionalitatea normală a familiei depinde de realizarea armonioasă a tuturor funcţiilor, care cunosc un întreg proces de dezvoltare. Neîndeplinirea uneia dintre ele poate duce la dezechilibre majore:

- ***Funcţia biologică*** – este cea care asigură perpetuarea speciei umane. Ea înglobează şi cerinţele de igienă şi sănătate pentru toţi membrii familiei.
- ***Funcţia formativ-educativă*** – se referă la asigurarea unei educaţii adecvate a copiilor, a unui proces de socializare normal care să permită copilului participarea la viaţa socială. Acest aspect al educaţiei variază în funcţie de valoarea care se acordă copiilor în cultura respectivă. Aşadar, nu se poate vorbi de un mod universal, identic pentru toate familiile de realizare a funcţiei de socializare. Rolul major al familiei este de a educa şi de a forma pentru viaţă şi pentru societate, generaţiile viitoare.
- ***Funcţia economică*** – prin aceasta familia îşi satisface nevoile şi necesităţile de ordin economic, asigurându-şi securitatea economică şi emoţională. Nerealizarea corespunzătoare a acestei funcţii are o influenţă nefastă în special asupra problemelor generale ale familiei, atrăgând după sine dezechilibre familiale ce se pot solda cu violenţe din partea părinţilor, tulburări comportamentale ale copiilor (vagabondajul, furtul, fuga de acasă, minciuna, abandonul şcolar etc.). Condiţiile materiale ale vieţii de familie sunt influenţate şi de profilul psihologic al membrilor grupului familial. Astfel, în cadrul unei familii, pot să apară situaţii ca: lipsă de disciplină, instabilitate în muncă, lipsă de iniţiativă, anumite vicii (alcoolul) etc.

Asistenţa socială a familiei ocupă un loc important în reţeaua protecţiei sociale, fiind una dintre ramurile cele mai dezvoltate ale acestuia. Acest fenomen este explicat, pe de-o parte, de rolul extrem de important pe care îl are familia în societate şi pe de altă parte, de marea varietate de probleme semnalate de aceasta.

Asistenţa socială, centrată pe familie, are ca principală caracteristică abordarea familiei aflată în dificultate ca un tot unitar şi nu doar ca o sumă de indivizi care, la un moment dat, se află într-o situaţie problematică. În aceste cazuri, asistenţii social urmăresc, în primul rând, restabilirea funcţionalităţii normale a familiei, iar acest lucru se realizează doar în contextul implicării şi participării active a tuturor membrilor familiei în luarea deciziilor care au impact asupra vieţii respectivei familii.

Nicoleta Neamţu şi Milena Toma (în D. Buzducea coord., 2010, pp. 117,118) realizează o sinteză interesantă a principalelor valori şi principii care direcţionează asistenţa socială centrată pe familie. Astfel, acestea sunt:

- **Furnizarea serviciilor să fie orientată asupra punctelor forte** (Williams, 1995) – prin aceasta se înţelege identificarea punctelor forte, a competenţelor familiei şi utilizarea acestora în evaluarea nevoilor familiei şi în planificarea intervenţiilor. De asemenea, acest principiu presupune şi dezvoltarea, în cadrul familiei, a acelor competenţe şi resurse care, ulterior, pot deveni puncte forte.
- **Receptivitatea serviciilor oferite la diversitatea culturală** (Raheim, 1995, 2002) – prin aceasta se înţelege, pe de-o parte, respectarea diversităţii etnice şi culturale şi, pe de altă parte, valorizarea resurselor etnice şi a sprijinului comunităţii locale în vederea aplicării programelor de intervenţie necesare.
- **Mediul în care se oferă serviciile să fie „prietenos" familiei** (Kinney, Haapala, Booth, 1991) – asigurarea unor servicii flexibile, atât din punct de vedere al tipurilor de intervenţie oferite, cât şi din punct de vedere al orarului, servicii ce vor fi oferite la domiciliu, în comunitatea locală a familiei, astfel încât activitatea să se desfăşoare într-un mediu familial, „prietenos".
- **Procesul de asistenţă socială să fie orientat spre împuternicirea familiei** (Kaplan, Girard, 1994)– presupune stimularea schimbării personale şi sociale, dezvoltarea şi întărirea abilităţilor şi procurarea resurselor pentru menţinerea unităţii familiei;
- **Iniţierea şi dezvoltarea colaborărilor şi parteneriatelor** (Williams, 1995), în vederea dezvoltării relaţiilor mutuale care reflectă parteneriatele familiei şi pe cele profesionale, împărţirii sarcinilor pentru îndeplinirea scopurilor intervenţiilor sociale, creării unor relaţii sociale bazate pe loialitate şi încredere şi respectării autorităţii părinţilor şi a deciziilor luate de aceştia în problemele legate de familie.

Toate aceste principii şi valori formează un tot unitar şi urmăresc sporirea capacităţii familiei de a-şi asuma şi de a-şi îndeplini responsabilităţile sociale.

La baza evaluării şi planificării intervenţiei în asistenţa socială a familiei stau anumite fundamente teoretice. În lucrarea amintită mai sus, Nicoleta Neamţu şi Milena Toma (*op. cit.*) prezintă cele două teorii care stau la baza asistenţei sociale centrate pe familie şi anume: teoria sistemelor familiale şi teoria ecologică (*op. cit.*, pag. 119).

Teoria sistemelor familiale porneşte de la ideea că familia nu este o simplă sumă a indivizilor care o alcătuiesc ci este un sistem, un întreg, ale cărui părţi componente

funcţionează unitar. Referitor la comportamentul manifestat în cadrul familiilor, această teorie sugerează că multitudinea de condiţii este rezultatul mai multor influenţe şi există doar o singură cauză atunci când apar dificultăţi familiale. Funcţionarea sistemului familial este influenţată atât de interacţiunile dintre membrii familiei, cât şi de sistemele externe. Astfel, conform teoriei sistemelor, tipurile de sisteme familiale se împart în:

- subsisteme – unităţi mai restrânse ale sistemului familial, cum ar fi subsistemul parental, subsistemul fraţilor etc.;
- suprasisteme – unităţi mai mari, care cuprin în alcătuirea lor şi sistemul familial, cum ar fi comunităţile oraşele etc.

Această teorie aduce, în asistenţa socială centrată pe familie, ideea conform căreia beneficiarii individuali ai serviciilor de asistenţă socială sunt influenţaţi de mediile lor de viaţă, iar sistemul familial este unul dintre acestea.

Conform ***teoriei ecologice***, accentul se deplasează de la individ la familie şi la interacţiunea acesteia cu comunitatea în care trăieşte. Această teorie porneşte de la ideea că problemele sau dificultăţile pe care le întâmpină la un moment dat familia sunt rezultatul unor deficite provenite din mediu, al unor disfuncţii între sisteme, şi nu se datorează unor deficite plasate la nivelul individului. De asemenea, problemele familiale sunt văzute ca rezultate ale unor tranzacţii maladaptative dintre sistemul familial şi mediu. Experienţa de viaţă este văzută ca model pentru schimbare şi instrument primordial al schimbării. De asemenea, schimbarea unui element al sistemului exercită un impact asupra tuturor celorlalte elemente ale sistemului.

Aceste două teorii explicative vin să se completeze reciproc şi să ofere un cadru de referinţă bine structurat pentru evaluarea atât a funcţionalităţii interne a familiei, cât şi a funcţionalităţii acesteia în relaţie cu mediul.

Principalele obiective ale asistenţei sociale a familiei se freferă la refacerea, reconstituirea şi rezolvarea problemelor familiilor dezorganizate ce nu se mai pot menţine prin eforturi proprii în căminul lor natural.

Pentru atingerea acestor obiective, este necesară, în primul rând, stabilirea cauzelor care au dus la dezorganizarea familiei. Aceasta se realizează în cadrul întrevederilor cu membrii grupului familial. Factorul cauzal stabilit cu ocazia primei întrevederi, nu este obligatoriu să rămână neschimbat până la sfârşitul acţiunii. În acest sens, **Florica Mănoiu** şi **Viorica Epureanu** (1994) prezintă o serie de cauze, ce duc la dezorganizarea familiilor:

1. Lipsa de supraveghere a copiilor, care poate duce la:
   a. greutăţi la învăţătură,
   b. vagabondaj,
   c. delincvenţă,
   d. tulburări de caracter şi temperament,
   e. dezorganizarea relaţiilor de familie care se răsfrâng şi asupra relaţiilor de muncă.
2. Existenţa unei locuinţe insalubre şi neîncăpătoare (suprapopulate) ceea ce favorizează destrămarea familiei, şi poate duce la apariţia unor boli şi implicit la dezechilibru economic şi stres psihic.
3. Diminuarea veniturilor şi a stării economice a familiei. Această diminuare sau lipsă totală a veniturilor atrage după sine o dezorganizare parţială sau totală a

familiei. Există şi situaţii în care insuficienţa de câştig se datorează utilizării neraţionale a veniturilor. În astfel de cazuri, rolul asistentului social este de a analiza modul în care se consumă bugetul familiei, stabilindu-se raportul dintre venituri şi cheltuieli pe structură ierarhică în funcţie de necesităţile primare: alimentaţie, îmbrăcăminte, chirie, diverse servicii etc., se urmăreşte raţionalitatea consumului.

4. Structura deficitară a familiei. Carenţa de structură a familiei, poate fi determinată de:
    a. „lipsa capului de familie", dintr-o cauză sau alta (deces, abandon),
    b. formarea vicioasă a acesteia în cazul „fetelor-mamă", a văduvelor devenite mame după despărţirea de soţ.
5. Prezenţa deficienţelor în familie, indiferent de tipul acestora (senzoriale, motorii sau mintale) şi de localizarea lor la unul sau la ambii membrii adulţi, poate duce la instalarea unor boli cronice, la dezorganizarea familiei fie prin scăderea veniturilor ca urmare a pierderii capacităţii de muncă şi apariţia unor reproşuri şi nevoi nesatisfăcute, fie datorită creări unei imposibilităţi de a procrea şi astfel pierderea posibilităţii de a duce la bun sfârşit una din funcţiile cele mai importante ale familiei ca sistem.

   În cazul în care deficienţa apare la unul dintre copii, situaţia este la fel de amplă deoarece părinţii acestuia nu vor să accepte problema ca atare (nu le vine să creadă că li se întâmplă tocmai lor; aşteaptă ca problema să se rezolve de la sine odată cu trecerea timpului refuzând să apeleze la ajutor specializat etc.), toate acestea generând implicit disensiuni şi neînţelegeri fondate pe baza tensiunilor create de situaţia problemă.

Indiferent de cauză, dezorganizarea începe cu tensiunile familiale, variate ca manifestări: neînţelegeri, discordii, violenţe. Toate acestea, de cele mai multe ori conduc la: divorţ, abandon, separaţie.

Asistenţa socială a familiei urmăreşte rezolvarea problemelor apărute într-o gamă destul de largă de situaţii (cum sunt şi cele prezentate anterior). Astfel, în sfera de activitate a asistenţei sociale a familiei intră atât familiile complete (soţ, soţie, copii), cât şi cele descompletate (prin divorţ sau deces).

În literatura de specialitate a fost descrisă o serie de modele ale terapiei familiale. Aceste modele au rolul de a realiza o direcţionare a activităţii asistentului social în funcţie de cazuistica abordată. Astfel există patru modele importante pentru terapia familială:

1. *Modelul psihanalitic* – model care utilizează evoluţia conflictelor nerezolvate, iar principalul rol al terapeutului este acela de a interpreta corect structurile esenţiale ale familiei scoţând în evidenţă sentimentele reciproce ale membrilor familiei pentru a înlătura blocajele care pot să apară în comunicare;
2. *Modelul structural* – din punct de vedere al acestui model principalul scop al terapiei este acela de a schimba structurile relaţionale în cadrul familiei. Unii dintre cei mai importanţi reprezentanţi ai acestui model de terapie sunt Virginia Satir şi Salvador Minuchin;

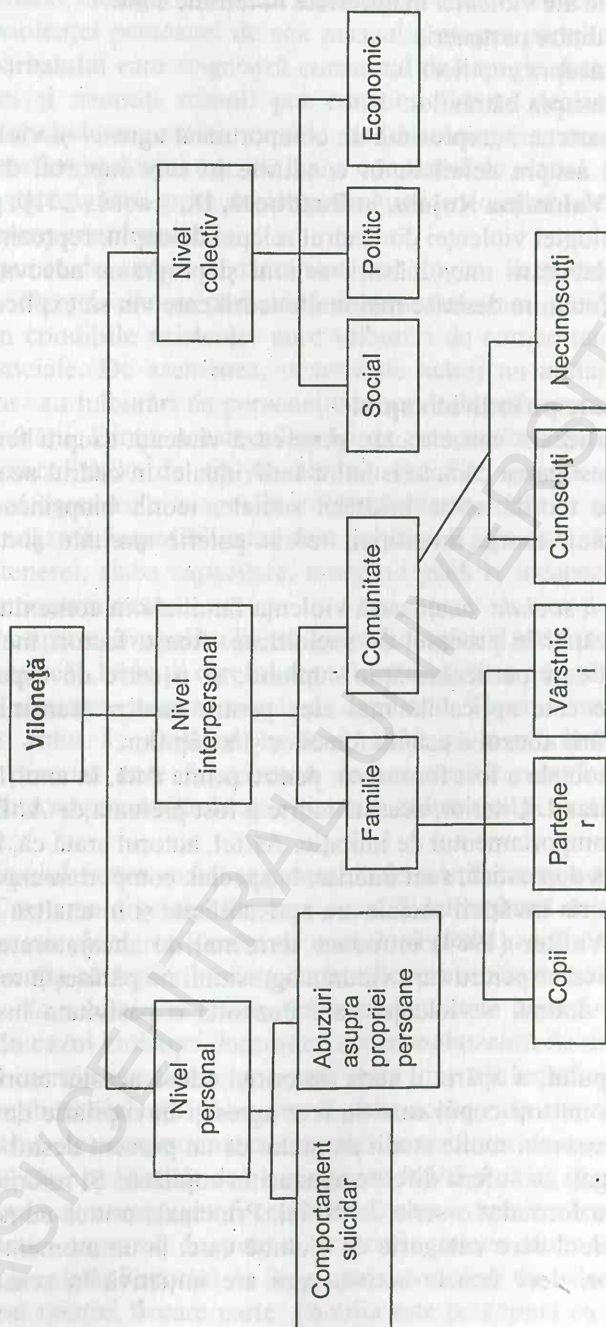
3. *Modelul comportamental* – acest model terapeutic este orientat spre prezent şi realizează legătura dintre factorii personali şi factorii de mediu;
4. *Modelul strategic* – ca şi modelul comportamental, şi modelul strategic este orientat către prezent. Conform acestui model terapeutic, explicarea unei probleme, care apare la un moment dat în familie, derivă din modul în care membrii familiei înţeleg interacţiunile secvenţiale dintre ei. Pe baza acestor modele explicative, se pot dezvolta mecanismele de comunicare în vederea rezolvării problemelor.

Există o serie de situaţii în care este necesară intervenţia de specialitate în vederea restabilirii echilibrului. Fiecare problemă necesită intervenţii specifice. Astfel:

- în *cazul fetelor-mamă* şi a mamelor necăsătorite, asistentul social urmăreşte să-i asigure copilului ambii părinţi (în mod legal). Se cunoaşte faptul că, în foarte multe cazuri, situaţia fetelor mamă generează conflicte cu propria familie şi, astfel, sunt întrerupte relaţiile cu aceasta. Specialiştii din acest domeniu al asistenţei sociale demarează acţiuni al căror scop este reintegrarea fetelor-mamă împreună cu copilul lor în familiile acestora.
- în *caz de concubinaj*, se fac demersuri pentru legalizarea prin căsătorie a relaţiei respective şi punerea bazelor unui "cămin" bine structurat care să se dezvolte optim în continuare.
- în *cazul separaţiei*, principalul scop al intervenţiei este acela de a înlătura cauzele care au dus la aceasta şi de a reveni la situaţia normală a familiei.
- în *cazul divorţului*, în funcţie de situaţie, este necesar să se încerce refacerea familiei sau varianta recăsătoriei cu o altă persoană.
- în *cazul decesului*, principalul obiectiv este reorganizarea căminului prin munca părintelui văduv şi a copiilor mai mari. Se urmăreşte formarea unei alte familii, constituite în mod legal.

O problemă importantă, care poate face obiectul de activitate al asistentului social, o reprezintă ***violenţa manifestată în cadrul familiei***. Aceasta este, în momentul de faţă, un fenomen foarte răspândit, fiind caracteristic cu preponderenţă mediilor sociale private social-economic (sărăcie, şomaj, lipsa educaţiei), dar şi cuplurilor familiale formate din membrii cu probleme de adaptabilitate socială (boli psihice sau urmări ale unor traume psihice suferite în copilărie şi care şi-au pus amprenta asupra personalităţii, fragilizând-o şi predispunând persoana respectivă la conduite agresive ce necesită un tratament adecvat). Expunerea la violenţă este una dintre cele mai importante cauze care generează degradarea calităţii vieţii fiinţei umane şi care implică costuri sociale, economice, psihice şi umane importante.

World Raport on Violence and Health realizează o tipologie a violenţei manifestată pe trei niveluri: personal, interpersonal şi colectiv, aşa cum se poate observa şi din schema de mai jos. La primul nivel, cel personal, formele de manifestare ale violenţei pot merge de la diferite forme de abuz îndreptate asupra propriei persoane, până la comportamentul suicidar, la nivel interpersonal, violenţa se poate manifesta în familie (asupra partenerului, copiilor sau vârstnicilor) sau în comunitate, iar la nivel colectiv violenţa vizează contextul social, economic şi politic.



Tipologia violenţei (World Health Organisation, 2002, *apud* Valentina Rujoiu, în Buzducea, D. coord. 2010, pag 224)

Principalele forme ale violenţei manifestate în familie sunt:

- violenţa dintre parteneri;
- violenţa asupra copiilor;
- violenţa asupra bătrânilor.

Violenţa dintre parteneri „reprezintă un comportment agresiv şi violent, exercitat de unul dintre parteneri asupra celuilalt, în condiţiile în care raportul de putere este favorabil abuzatorului" (**Valentina Rujoiu**, în **Buzducea, D**., coord., 2010, pag. 225).

Identificarea etiologiei violenţei din cadrul relaţiei de cuplu, reprezintă un demers important în vederea elaborării unor măsuri, acţiuni şi programe adecvate. Astfel, în literatura de specialitate întâlnim descrise mai multe teorii care vin să explice violenţa din cuplu.

1. Teorii centrate pe individ/cuplu.

Aceste teorii analizează cauzele care generează violenţa asupra femeii, pornind de la identificarea şi investigarea caracteristicilor individuale. În cadrul acestei categorii sunt incluse următoarele teorii: teoria învăţării sociale, teoria biopsihosocială, teoria resursei, teoria schimbului, teoria investiţiei, teoria puterii maritale şi teoria relaţiei traumatice.

a. *Teoria învăţării sociale* analizează violenţa familială în contextul unor factori situaţionali care sunt învăţaţi în procesul de socializare. Aceşti factori includ, pe lângă caracteristicile individuale şi particularităţile cuplului, şi o serie de aspecte specifice societăţii. Această teorie este aplicabilă mai ales pentru analiza transmiterii de la o generaţie la alta a practicării abuzului asupra femeilor şi a copiilor.

Teoria învăţării sociale a fost formulată, pentru prima dată, în anul 1941, de către **N. E. Miller** şi **J. L. Dollard**. Ulterior, această teorie a fost preluată de **A. Bandura** care include în analiza sa şi comportamentul de imitaţie. Astfel, autorul arată că, în familiile în care se manifestă violenţă domestică, sunt întărite, în special, comportamentele negative.

De asemenea, teoria învăţării sociale are aplicabilitate şi în analiza relaţiei dintre agresor şi victimă. **E. Walker** (1984) introduce termenul de „neajutorare învăţată" în vederea identificării motivelor pentru care victima agresiunii nu părăseşte relaţia, oferind, astfel, imaginea femeii victimă a violenţei care dezvoltă o pasivitate învăţată în faţa agresorului.

De-a lungul timpului, a apărut o serie de critici aduse acestei teorii. Principalul argument a fost acela că nu toţi copiii care au fost agresaţi în copilărie devin, la rândul lor, agresori. De asemenea, mai multe studii au arătat că un procent destul de mic dintre subiecţii agresivi investigaţi au suferit diferite abuzuri în copilărie. Şi referitor la ideea de „neajutorare învăţată" s-a formulat o serie de critici. Principala critică adusă acestei idei este aceea că nu ia în calcul acea categorie de victime care, la un moment dat, părăsesc relaţia sau solicită ajutor, deci femeia activă, care are iniţiativă în sensul schimbării situaţiei în care se află.

b. *Teoria biopsihosocială* oferă explicaţii referitoare la violenţa dintre parteneri, luând în considerare trei perspective (biologică, psihologică şi socială) care pot fi analizate atât separat, cât şi în interacţiune reciprocă generând, astfel, o diagnoză complexă şi evitând abordările unidirecţionale.

În context biologic s-a putut constata că nivelul ridicat de testosteron pote fi o explicație a violenței persoanei de sex masculin asupra partenerei. Pasivitatea, lipsa de activitate a bărbatului care stagnează consumul de energie determină creșteri ale valorii testosteronului și anumiți stimuli pot constitui factori declanșatori de manifestare a agresivității, creându-se, astfel, o cale de descărcare a energiei acumulate. Tot în categoria factorilor biologici este inclus și consumul de alcool, responsabil, de multe ori de creșterea agresivității prin declanșarea unui mecanism dezinhibitor, care duce la modificarea comportamentului.

Din punct de vedere al factorilor psihologici, se poate constata că o incidență crescută a violenței dintre parteneri, manifestată mai ales prin abuzuri fizice, o înregistrăm în condițiile existenței unor tulburări de comportament incluse în categoria faptelor antisociale. De asemenea, o serie de autori au arătat că bărbații agresivi cu partenerele lor au tulburări de personalitate sau boli psihice care nu le permit controlul asupra agresivității. Dintre aceste tulburări de personalitate putem aminti personalitățile narcisite, personalitățile de tip borderline etc. De asemenea, studiul profilului de personalitate al agresorului a scos în evidență câteva trăsături mai importante și anume: stimă de sine scăzută, imposibilitatea de a lua decizii prin care să se impună sau să câștige respectul partenerei, slaba capacitate, mergând până la incapacitatea de a-și exterioriza emoțiile și sentimentele etc.

Un loc aparte, în analiza factorilor psihologici, îl are frustrarea. **Voinea M.** (2005, pag. 195) afirmă că „bărbații care se simt frustrați sub un anumit aspect își exteriorizează sentimentele negative asupra soției și copiilor". Teoria frustrare-agresivitate a fost formulată de **John L. Dollard** în anul 1939 și, conform acestei teorii, frustrarea reprezintă o premisă care favorizează dezvoltarea și manifestarea comportamentelor agresive ea fiind responsabilă de apariția mai multor reacții care se concretizează în furie și agresivitate.

Principalul factor social responsabil de manifestarea comportamentelor agresive este stresul. Creșterea nivelului de stres poate fi determinată de o serie de factori, cum ar fi: nesiguranța sau pierderea locului de muncă, venituri insuficiente, apariția unui copil în familie, intervenția părinților în viața de familie, probabilitatea divorțului etc.

c. *Teoria schimbului* susține că orice activitate umană are la bază analiza cost-beneficiu. Și în cazul violenței domestice cei care abuzează de membrii familiei doresc să obțină ceva și mențin acest comportament atâta timp cât beneficiile lui depășesc costurile pe care le implică violența. Abuzatorul este acela care deține controlul și faptul că efectele negative ale comportamentui agresiv, manifestat de acesta, nu sunt observate de familia extinsă face ca formele de abuz să se mențină și chiar să crească în intensitate.

d. *Teoria resursei* poate fi considerată ca o extensie a teoriei schimbului și afirmă că, într-o relație, raportul de putere, respectiv relația dominator-dominat sau relația democratică nu există. Raportul de forțe este determinat de valoarea resurselor pe care le aduce în cadrul relației fiecare parte. Familia este percepută ca un sistem al puterii care este alimentat de resursele aduse de fiecare partener. În situațiile în care resursele sunt insuficiente, acestea sunt compensate prin violență. Este interesant faptul că această teorie poate fi apreciată și ca fiind o extensie a teoriei învățării sociale în sensul că raportul de forțe este învățat încă din copilărie, astfel încât o persoană care a crescut într-un mediu

violent învață că, uneori, violența este necesară, justificată și îți poate aduce chiar beneficii.

e. *Teoria investiției.* Conform acestei teorii angajarea într-o relație este percepută în contextul funcției anticipative; partenerii își aproximează nivelul de satisfacție pe care îl provoacă relația. De asemenea, partenerii iau în considerație și latura negativă care optimizează relația, în vederea analizării posibilelor inconveniente. Partenerul consimte să rămână în relație atâta timp cât aspectele pozitive le depășesc pe cele negative. Există, însă, și situații în care deși acest raport este prezent, partenerul apreciază că este mai avantajoasă o investiție în altă relație.

C. E. Rusbult (1983) apreciază că investițiile în cadrul unei relații sunt de două tipuri și anume:

- investiții intrinseci – reprezentate de timpul petrecut în cadrul relației care i-a permis să ajungă la un anumit nivel al cunoașterii atât a partenerului, cât și a propriei persoane;
- investiții extrinseci – se referă la dezvoltarea unor rețele de relații cu pritenii, familia dar și la o serie de aspecte de ordin material (locuință, venituri etc.).

f. *Teoria puterii maritale.* **R. E. Cromwell și D. H. Olson** (1975) apreciază că, în cadrul unui cuplu, puterea trebuie analizată din trei perspective:

- aspectele care fundamentează conceptul de putere – includ acele resurse care oferă avantajul celui care le deține și îl ajută să-și exprime dominarea asupra partenerului dezavantajat;
- procesele care contribuie la meninerea puterii – ansamblul metodelor utilizate de unul dintre parteneri pentru a se asigura că, indiferent de context, el este cel care deține controlul;
- efectele generate de manifestare a puterii – această perspectivă reflectă procesul de luare a deciziilor în cadrul cuplului (răspunde la întrebarea „cine are ultimul cuvânt!?").

Din punct de vedere al manifestării puterii în cadrul cuplului, familiile se împart în mai multe categorii. Astfel, întâlnim familii în care cei doi parteneri au acces egal la resurse și își exteriorizează comportamentele în mod similar fiind, în egală măsură, inițiatorii conflictului (de altfel, conflictele sunt destul de rare în cadrul acestui tip de familie). O a doua categorie este aceea a familiei în care bărbatul este dominant, normele culturale dând autoritate acestuia. De asemenea, aceste norme culturale sunt dublate, de multe ori de investițiile extrinseci pe care acesta le aduce în relație (cum ar fi influența socială). O a treia categorie este aceea a familiilor în care dominantă este femeia, premisele instaurării acestei situații fiind reprezentate de trăsăturile de personalitate și de investițiile intrinseci (cum ar fi timpul petrecut în relație). Este necesar să subliniem ideea că ultimele două tipuri de familii sunt mai predispuse la apariția și manifestarea violenței între parteneri. Ultima categorie este aceea a familiilor în cadrul cărora inițierea conflictelor aparține, în funcție de context, fie bărbatului, fie femeii. Astfel de familii se confruntă frecvent cu manifestări de violență, dar, cu toate acestea, partenerii consideră că au o relație normală.

De asemenea, o situație interesantă este aceea în care partenerul dominant percepe o anumită situație ca o manifestare a lipsei de putere și are tendința de a compensa acest deficit prin manifestări violente.

g. *Teoria relaţiei traumatice* a fost dezvoltată de **Donald G. Dutton** şi **S. Painter**. Această teorie oferă o serie de explicaţii cu privire la decizia femeii de a rămâne într-o relaţie abuzivă. Astfel, autorii amintiţi consideră că există două explicaţii ale acestui fenomen. Prima explicaţie constă în efectul raportului de putere din cadrul cuplului. Astfel, femeile abuzate conştientizează dezechilibrul existent, cu cât acesta este mai accentuat, îl interiorizează şi oferă partenerului feed-back-uri care îi întăresc acestuia comportamentul, astfel încât intensitatea actelor violente tinde să crească. O a doua explicaţie constă în caracterul intermitent al actelor violente. În perioadele în care soţul nu are manifestări violente, relaţia dintre cei doi parteneri este una afectuasă, în care acesta îşi asigură partenera de afecţiunea pe care i-o poartă astfel încât acesteia îi este dificil să renunţe la relaţie. Un aspect interesant este acela că, deşi frecvenţa şi intensitatea manifestărilor violente creşte, în majoritatea cazurilor se dezvoltă o loialitate între partenerul abuzator şi cel abuzat.

2. Teorii centrate pe societate

Această categorie de teorii explică violenţa dintre parteneri, axându-se pe acele valori şi principii care legitimează inegalitatea socială. Dintre aceste teorii fac parte: teoriile feministe, teoria generală a sistemelor, teoria evoluţionistă, teoria ecologică şi teoria culturii violenţei.

a. *Teoriile feministe* explică violenţa dintre parteneri ca fiind o consecinţă a ierarhiilor de gen, care au fost create de-a lungul istoriei. **M. Bogard**, în 1990, sintetizează elementele comune pe care le au aceste teorii şi anume:

- este stipulată poziţia privilegiată a bărbatului în raport cu femeia, ceea ce duce la comportamente dominatoare ale acestuia;
- abuzul soţului asupra soţiei este anticipat, capătă un caracter de normalitate şi apare ca un element banal al vieţii de familie;
- se stipulează ideea, conform căreia, femeia este considerată inferioară bărbatului din cauza influenţei dominatoare pe care aceştia o au în toate domeniile vieţii sociale.

b. *Teoria generală a sistemelor* a fost formulată de **L. von Bertalanffy** şi arată că orice sistem este alcătuit din mai multe componente care nu-şi pot îndeplini separat funcţiile. **M. Strauss** a dezvoltat teoria sistemelor pentru a explica modul în care violenţa se manifestă în cadrul unei familii. Astfel, accentul cade pe acei factori şi pe acele procese care generează apariţia unor conflicte în interiorul unui sistem, cum ar fi cel al familiei. În acelaşi timp, acest sistem este influenţat de nivelurile de violenţă pe care societatea le promovează.

Violenţa în cadrul unei familii poate avea efecte care influenţează activitatea membrilor acesteia, implicarea lor în activitate, nivelul motivaţiei şi al intereselor acestora etc.

Prin intermediul teoriei generale a sistemelor, se poate explica fenomenul violenţei domestice dintr-o perspectivă ciclică, care este responsabilă de apariţia şi perpetuarea unei culturi care promovează şi transmite comportamentele violente de la o generaţie la alta.

c. *Teoria evoluționistă* este promovată, în special, de antropologi și este aplicabilă, mai ales pentru a explica violența asupra femeilor și a copiilor (în general, a membrilor familiei considerați „slabi").

Schimbările structurale prin care trece o societate influențează structura familiei. În societățile de tip individualist, creșterea copiilor are la bază principii care promovează independența și autonomia acestora. Pe de altă parte, în societățile colectiviste există tendința de a obține un comportament obedient din partea copiilor prin promovarea pedepselor, putând ajunge până la abuzul fizic. Astfel, se consideră că, într-o societate, cu cât obediența este considerată o valoare primordială, cu atât aceasta se va impune în relațiile dintre parteneri, dar și în relațiile cu copiii. Această teorie, explică abuzul și actele de violență ale bărbatului asupra partenerei pornind de la premisa eredității ca reprezentând o predispoziție a bărbatului de a recurge la violență, în anumite contexte.

d. *Teoria ecologică* analizează o serie de aspecte individuale și sociale în contextul interacțiunii dintre individ și mediu. **J. Belsky** (1980) arată că fenomenul violenței în cadrul familiei trebuie abordat, ținându-se cont de patru niveluri și anume:

- nivelul macrosistemului, care este reprezentat de cultură, ce este responsabilă cu modelele de masculinitate și feminitate, cărora li se asociază anumite roluri. Cultura, în toate formele ei de manifestare, este principala sursă a inegalităților pe bază de gen;
- nivelul exosistemului constă în sistemul de relații pe care familia le dezvoltă. Calitatea acestor relații are un rol deosebit de important, deoarece acestea sunt singurele în măsură să asigure o intervenție adecvată;
- nivelul microsistemului, în cadrul căruia trebuie analizată familia în cadrul căreia se manifestă comportamente agresive;
- nivelul ontogenetic care constă în istoria familială a fiecărui partener pentru a se putea constata dacă acestea au avut o influență din perspectiva transmiterii modelelor familiale.

Toate aceste niveluri trebuie luate în considerare pentru a putea realiza o evaluare corectă a profilului abuzatorului.

e. *Teoria culturii violenței* explică etiologia violenței domestice prin intermediul organizării sociale și a transmiterii de la o generație la alta a unor valori și norme care asigură supremația. **D. Levinson și M. Malone** (1980) arată că fenomenul violenței domestice se manifestă mai ales în societățile bazate pe reguli și norme stricte, care permit socializarea în funcție de gen și mai puțin în societățile considerate democratice.

Un aspect important, legat de cultura violenței, este și prezența constantă a manifestărilor violente în cadrul mass-media. O serie de cercetări au demonstrat influența prezenței manifestărilor violente în mass-media asupra tendinței persoanelor de a adopta conduite agresive și, în același timp, violența din mass-media reprezintă pretextul pe care îl folosesc persoanele violente pentru a-și explica actele săvârșite.

Violența domestică este un proces care implică o serie de amenințări și provocări ce au drept rezultate o serie de vătămări corporale dar și izolare a victimei față de toți cei care îi pot oferi suport social cum sunt prietenii, familia, vecinii etc.

Există mai multe forme de manifestare a violenţei între parteneri şi anume:

1. *abuzul fizic* – de cele mai multe ori, acesta debutează cu gesturi şi acte dureroase asupra partenerei, dar şi asupra persoanelor importante pentru aceasta, cum ar fi: copiii, fraţii, părinţii, bunicii etc. Abuzul fizic se poate manifesta prin împingeri, loviri, contuzii, arsuri, putând merge până moartea victimei.
2. *abuzul emoţional* – deşi este prezent în toate formele de agresiune, el se poate manifesta şi independent, prin privarea victimei de a-şi îndeplini nevoile şi dorinţele personale. De cele mai multe ori, sunt folosite injuriile, ameninţările, distrugerea bunurilor personale, interzicerea relaţiilor cu rudele apropiate, cu pritenii, cu vecinii etc.
3. *abuzul economic* se manifestă prin obstrucţionarea independenţei financiare a partenerei, menţinerea controlului exclusiv al banilor şi resurselor materiale ale familiei, împiedicarea femeii de a muncii, ignorarea părerilor acsteia în luarea deciziilor referitoare la utilizarea veniturilor familiei etc.
4. *abuzul social* se manifestă prin punerea unor bariere în calea valorizării femeii în afara familiei şi, astfel, se crează un cadru care favorizează agresarea ei pe plan intim.

Pe baza acestei structurări a tipurilor de violenţă domestică o serie de autori analizează efectele produse de raporturile defectuoase apărute la nivelul relaţiilor conjugale. Astfel, **Mariana Spânu** consideră că relaţiile tensionate între soţi, transferate în registrul raporturilor (părinţi-copii) se finalizează cu manifestări violente care conduc spre dezechilibrul sistemului familial (1998, pag. 53).

Evaluările realizate de asistentul social trebuie să urmărească depistarea modului în care soţii/părinţii înţeleg violenţa domestică, cauzele ei şi mai ales dacă aceştia conştientizează consecinţele asupra lor ca executanţi şi asupra victimelor.

Aceeaşi autoare (1998, pag. 53) propune folosirea de către asistentul social a unui ghid care să determine dacă o persoană se află într-o relaţie caracterizată de violenţă şi abuz:

1. Partenerul tău
- Te pune în încurcătură în public?
- Îţi diminuează realizările?
- Te face să te simţi lipsit de valoare?
- Te contrazice pentru a te confuziona?
- Face anumite lucruri pentru care trebuie să te scuzi faţă de alţii?
- Te izolează de persoanele cu care tu doreşti să-ţi imparţi timpul?
- Te face să te simţi ruşinat(ă)?
- Îţi dă impresia că este mai inteligent şi mai capabil în a lua decizii?
- Te face să crezi că tu eşti cel care şi-a pierdut controlul?
- Foloseşte intimidarea ca pe un instrument pentru a obţine ce doreşte?
- Încearcă să te împiedice să te întâlneşti cu prieteni, rude, să frecventezi locuri publice, să întâlneşti persoane de sex opus?
- Te controlează din punct de vedere financiar?
- Te face să crezi că nu mai există nicio soluţie?
- Încearcă să te facă să găseşti un compromis?

- Te terorizează verbal?
- Te împiedică să găseşti un argument pentru a te apăra?
- Este furios, nervos fără o cauză aparentă?
- Te forţează să faci ceea ce nu vrei?
- Devine violent cu uşurinţă?
- Îşi pierde controlul când bea sau foloseşte droguri?
- Te împinge, te înţeapă, te trage de păr, foloseşte obiecte pentru a te lovi?

2. Crezi că:

- Poţi să-ţi ajuţi partenerul să se schimbe doar dacă îl iubeşti mai mult?
- A evita nervozitatea reprezintă o parte semnificativă a vieţii tale?
- Faci ceea ce vrea el (ea) mai mult decât ceea ce vrei tu doar pentru a calma partenerul?
- Stai în continuare cu el (ea) de frică să nu te rănească şi mai mult dacă ceri ajutor?

Walker Leone (1979) este de părere că violenţa domestică trebuie privită sub aspectul ciclicităţii şi de aceea este nevoie să utilizăm „teoria ciclicităţii violenţei domestice".

Din această perspectivă, o primă manifestare a violenţei domestice este apariţia unei „relaţii tensionale", relaţie marcată de incidente minore pe care victima le suportă încercând să-şi calmeze partenerul. În a doua etapă apare violenţa prin agresare fizică, psihică şi sexuală, etapă în care, de multe ori, intervine poliţia, vecinii, prietenii sau rudele. În cea de a treia etapă, se instalează calmul şi comportamentul tandru din partea agresorului.

„Mapa coerciţiei", elaborată de **Biterman** (1973, pag. 49) ne prezintă principalele metode utilizate în violenţa domestică şi scopurile asociate cu efectele violenţei.

Nr. Crt.	Metode generale	Efecte şi scopuri
1	Izolarea	- privează orice victimă de sprijin - dezvoltă îngrijorarea de sine - crează dependenţa victimei de agresor
2	Monopolizarea percepţiei	- crează frustrări - elimină stimulii care ar putea intra în competiţie cu cei controlaţi de agresor
3	Provocarea epuizării şi dezechilibrului	- slăbeşte abilitatea fizică şi mentală a victimei de a face faţă agresiunii
4	Teama	- cultivă anxietatea şi disperarea
5	Inteligenţă ocazională	- oferă motive pozitive pentru acord sau compromis
6	Demonstrarea supraputerii	- sugerează inutilitatea rezistenţei
7	Degradarea	- costurile rezistenţei apar mai primejdioase pentru stima de sine decât capitularea
8	Acceptarea cerinţelor triviale	- dezvoltă obiceiul de a accepta complicitatea

„Mapa coerciţiei" (după **Biterman**, 1973, pag. 49)

De aceea, noi considerăm utilă combinarea celor trei (ghidul, teoria ciclicităţii şi mapa coerciţiei) şi propunem următorul caiet de practică al asistentului social. Acesta poate pune întrebări şi poate urmări producerea efectelor din caiet, aflând metoda şi ştiind apoi cum trebuie să acţioneze pentru rezolvarea problemelor.

Metoda : Izolare

Efectul :

- privează victima de sprijin;
- dezvoltă îngrijorarea de sine;
- creează dependenţa victimei de agresor.

Întrebări :

- Te izolează de persoanele cu care tu doreşti să-ţi împarţi timpul?
- Te face să crezi că nu mai există nici o soluţie?
- Încearcă să te împiedice să te întâlneşti cu prieteni, rude, să vezi locuri publice, să întâlneşti persoane de sex opus?

Metoda: Monopolizarea percepţiei

Efectul :

- creează frustrări;
- elimină stimulii care ar putea intra în competiţie cu cei controlaţi de agresor.

Întrebări:

- Te împiedică să găseşti un argument pentru a te apăra?
- Te contrazice pentru a te confuziona?

Metoda: Provocarea epuizării şi dezechilibrului

Efectul :

- slăbeşte abilitatea fizică şi mentală a victimei de a face faţă agresiunii

Întrebări :

- Te face să crezi că tu eşti cel care şi-a pierdut controlul?

Metoda : Teama

Efectul :

- cultivă anxietate şi disperare

Întrebări

- Te pune în încurcătură în public?
- Face anumite lucruri pentru care trebuie să te scuzi faţă de alţii?
- Stai în continuare cu el de frică să nu te rănească şi mai mult dacă ceri ajutor?

Metoda: Inteligenţa ocazională

Efectul :

- oferă motive pozitive pentru acord sau compromis

Întrebări:

- Încearcă să te facă să găseşti un compromis?
- Îți dă impresia că este un inteligent şi un capabil în a lua decizii?

Metoda: Demonstrarea supraputerii
Efectul:

- sugerarea inutilității rezistenței

Întrebări:

- Foloseşte intimidarea ca pe un instrument pentru a obține ceea ce doreşte?
- Te controlează din punct de vedere financiar?
- Te terorizează verbal?
- Este furios, nervos fără o cauză aparentă?
- Te forțează să faci ceea ce nu vrei?

Metoda: Degradare
Efectul:

- costurile rezistenței apar mai primejdioase pentru stima de sine decât capitularea

Întrebări:

- Îți diminuează realizările?
- Te face să te simți fără valoare?
- Te face să te simți ruşinată?

Metoda: Acceptarea cerințelor triviale
Efectul:

- dezvoltarea obiceiului de a accepta complicitatea

Întrebări:

- Faci ceea ce vrea el/ea mai mult decât vrei tu doar pentru a calma partenerul?
- A evita nervozitatea reprezintă o parte semnificativă a vieții tale?

Ca o combinare între putere şi control, agresorul se foloseşte în violența domestică de izolare, intimidare, abuz (economic, sexual, emoțional), şantajul partenerei/partenerului etc. Colaborând cu psihologul şi cu juristul, asistentul social poate găsi varianta optimă de rezolvare a problemei, folosind cele mai bune strategii de lucru.

Din punct de vedere al **violenței asupra bărbaților**, studiile de specialitate au demonstrat că, în mare parte, acest tip de agresiune vine ca o reacție la comportamentul violent al bărbatului. **A. Brown** arată că principalele cauze ale violenței asupra bărbaților pot fi printre altele abuzul de alcool, frecvența actelor de violență ale bărbatului, abuzurile sexuale, abuzurile asupra copiilor. Majoritatea statisticilor realizate în domeniul violenței

domestice arată că doar 10% sunt cazuri în care femeia agresează bărbatul, şi, de cele mai multe ori, această agresiune apare ca o reacţie de apărare.

Etapele specifice de investigare, în cazurile de violenţă domestică, pot fi sintetizate astfel (**Gabriela Irimescu, în G. Neamţu şi D. Stan** coord., 2005, pag. 163):

Etapa studiului de caz	Activitatea	Rezultate
Semnalarea	Colectarea informaţiilor de la cel care semnalează cazul	Informaţii complete şi relevante de la cel care raportează cazul şi din surse colaterale
	Analiza datelor	Determinarea preluării cazului Determinarea urgenţei investigaţiei
	Planul evaluării iniţiale	Identificarea persoanelor care vor fi intervievate, a profesioniştilor care vor fi implicaţi
Evaluarea iniţială	Colectarea datelor	Informaţii clare şi precise obţinute de la victimă, surse colaterale, agresor şi întocmirea rapoartelor iniţiale, alte înregistrări
	Analiza datelor	Determinarea validităţii sesizării Determinarea riscului repetării agresiunii în viitor şi elaborarea unui plan de siguranţă Înregistrarea cazului sau închiderea lui
Evaluarea familiei	Colectarea datelor	Informaţii complete şi precise legate de cauzele agresiunii
	Analiza datelor	Identificarea schimbărilor necesare pentru a elimina sau reduce factorii de risc, identificarea nevoilor familiei şi a prognosticului de schimbare Redactarea raportului de evaluare a cazului
Intervenţia	Dezvoltarea planului de intervenţie cu familia	Identificarea scopurilor, a sarcinilor şi a serviciilor; alegerea modalităţilor de intervenţie, stabilirea limitelor de timp şi a responsabilităţilor.
	Implementarea planului de servicii	Îndeplinirea sarcinilor, a scopurilor şi activităţilor care duc la tratarea/diminuarea efectelor acestora
Monitorizarea şi evaluarea interveţiei	Reevaluarea	Continuarea/modificarea planului sau închiderea cazului

Un aspect important, atunci când ne referim la violenţa în familie, este acela al **violenţei manifestate asupra copiilor.**

Astfel, asistenţa socială a familiei, şi în special a copilului aflat în dificultate într-o anumită familie, presupune măsuri speciale pe două direcţii şi anume:

- pe direcţia consolidării şi întăririi relaţiilor de familie;
- pe direcţia creării unor condiţii de bunăstare pentru copil şi a asigurării unei dezvoltări normale.

Consolidarea familiei şi prezenţa unor relaţii normale la nivelul acesteia asigură un interes sporit pentru copii, iar aceştia percep situaţiile respective ca pe un climat favorabil în care se simt bine şi se motivează pentru participarea la viaţa de familie.

Climatul favorabil dezvoltării copilului în familie presupune o serie de condiţii, printre care:

- copilul să fie ascultat cu atenţie şi înţelegere;
- să i se dăruiască copilului o doză ponderată de afecţiune (fără excese pozitive sau negative);
- să i se creeze copilului sentimentul că este membru în familie, cu drepturi şi îndatoriri, ca toţi ceilalţi membri;
- părinţii trebuie să contribuie treptat la motivarea şi antrenarea copilului în diferitele activităţi, inclusiv în cele din familie;
- greşelile intenţionate sau spontane făcute de copil trebuie sancţionate, ţinându-se seama de particularităţile de vârstă cronologică şi mintală a acestuia, prin conştientizarea verbală „a binelui" şi „a răului";
- pedepsele şi recompensele nu pot depăşi nivelul de înţelegere al copilului şi nici nu pot fi aplicate sub impresia unor tensiuni sau a unor impulsuri ce nu favorizează stimularea dezvoltării acestuia;
- abuzurile, de orice fel, asupra copilului, sunt în egală măsură condamnabile şi nu au darul corectiv pe care îl consideră unii părinţi ş.a.

Abuzul asupra copilului, în familie, poate îmbrăca mai multe forme dintre care cele mai frecvente sunt:

- abuzul şi maltratarea fizică;
- abuzul şi maltratarea emoţional-afectivă;
- abuzul şi maltratarea sexuală;
- neglijarea.

Abuzul şi maltratarea fizică presupun deteriorări la nivelul organismului odată cu trăirea din partea copilului a unor sentimente de teamă, frică şi de respingere a procedurilor aplicate. Toate acestea pot ameninţa integritatea corporală a copilului şi îl pot marca, din punct de vedere psihic pentru tot restul vieţii. Astfel de abuzuri determină dezechilibre la nivelul activităţilor specifice vârstei: hrănire, odihnă, joacă, scăderea stimei de sine, a ataşamentului faţă de cei din jur, a sensibilităţii copilului etc. (**Mariana Spânu**, 1998).

Principalele modalităţi de maltratare a copilului, descrise în literatura de specialitate, sunt:

1. lovituri (40-95% lovituri intracraniene, care mai ales în ontogeneza timpurie semnifică maltratări severe);
2. vânătăi mai mult sau mai puţin extinse, adeseori asociate cu zgârieturi şi chiar fracturi;
3. fracturi produse la nivelul diferitelor segmente ale corpului şi care presupun un timp mai mare sau mai redus de vindecare;
4. arsuri şi opăreli, care pe lângă faptul că pot fi accidentale sau prin neglijenţa părinţilor, ele pot fi produse deliberat printr-o stare tensională sau sub impresia unui impuls creat, mai mult sau mai puţin, artificial.

Astfel de cazuri pot fi produse prin folosirea diferiţilor agenţi chimici ca şi în modalităţi diferite;

5. otrăvirea, care şi ea poate fi accidentală sau intenţionată şi căreia îi cad victime în special copiii mici;
6. sufocarea, care se aplică frecvent la copii în ontogeneza timpurie (**Mariana Spânu**, 1998).

Abuzul şi maltratarea copiilor sunt explicate în literatura de specialitate printr-o serie de condiţii subiective şi obiective. Dintre acestea, cel mai frecvent sunt invocate următoarele:

- condiţii legate de patologia părinţilor, în care se remarcă tulburările de personalitate şi de comportament ale acestora, bolile psihice şi retardurile mentale. Ca urmare, asemenea părinţi nu se pot raporta, cu un discernământ suficient, la situaţiile create şi nu pot găsi rezolvarea problemei pe căi optime lăsându-se conduşi de impulsuri şi comportamente neechilibrate. De altfel, aceşti părinţi în copilăria lor au avut parte, frecvent, de asemenea tratamente pe care le reactualizează în relaţiile cu proprii copii;
- condiţii de natură socio-culturală. În condiţii de stres, de ignoranţă, de mediu viciat, de sărăcie etc., rezolvarea unor probleme de familie se produce prin aplicarea unei pedepse fizice ce creşte în corelaţie şi cu factorii subiectivi enumeraţi mai sus.

În cazurile amintite, se perturbă nu numai relaţia dintre părinte şi copil ci şi relaţiile generale la nivelul familiei odată cu pierderea controlului în realizarea unor comportamente echilibrate.

Abuzul şi maltratarea copilului nu se limitează numai la acţiuni fizice ci există şi forme de ***abuz emoţional-afectiv*** care pot avea efecte, în unele împrejurări, chiar mai grave decât abuzul fizic.

Abuzul emoţional-afectiv se poate produce şi fără intenţia expresă a părintelui odată cu oferirea unor exemple negative de comportament şi de relaţionare cu cei din jur. În acest context, viaţa afectivă a copilului este profund distorsionată iar efectele negative sunt resimţite, uneori, toată viaţa.

Indirect, abuzul de acest gen poate produce efecte negative şi asupra dezvoltării fizice a copilului, mai ales că favorizează instalarea lipsei de apetit pentru activitate şi pentru viaţa ordonată.

Cel mai frecvent sunt supuşi abuzului emoţional-afectiv copiii nedoriţi în familie, cei cu comportamente instabile, cei care sunt instituţionalizaţi, cei care provin din căsătorii anterioare ale părinţilor etc.

Un loc aparte, în cazul abuzului şi maltratării copilului, îl ocupă ***abuzul sexual***, ce cuprinde o serie de acte în care este antrenat copilul, de la folosirea acestuia în scopuri pornografice până la acte sexuale şi violuri. Copiii implicaţi în astfel de situaţii sunt marcaţi toată viaţa prin faptul că pot purta răni sau maltratări fizice ca şi amintiri obsedante ce se reactivează în perioadele tinereţii şi vârstei adulte, sub forma unor comportamente inadecvate şi aberante. În zilele noastre, copiii cad victime unor astfel de abuzuri nu numai în cadrul relaţiilor parentale ci şi sub influenţa relaţiilor cu alte persoane, mai mult sau mai puţin apropiate mediului de viaţă al acestora.

În literatura de specialitate, se relevă faptul că abuzul sexual asupra copiilor are o incidență mare nu numai în țările sărace ci și în țările dezvoltate. **Kempe** (1984) a urmărit cu atenție incidența abuzurilor sexuale în S.U.A., și a ajuns la concluzia că estimările, deși sunt aproximative, s-au putut înregistra totuși între 1 și 2 milioane de femei din S.U.A., care au căzut victime ale incestului în perioada copilăriei, în timp ce **D. Finklesor** arată că prevalența abuzului sexual în S.U.A. este între 6-62%, la fete și între 3-32%, la băieți remarcând totodată că aceștia la vârstele ulterioare sunt marcați de amintiri, de dificultăți de comunicare și de relaționare, de depresii și anxietăți.

Neglijarea, ca formă a abuzului asupra copiilor, poate fi definită ca „incapacitatea sau refuzul adultului de a comunica adecvat cu copilul, de a-i asigura nevoile biologice, emoționale, de dezvoltare fizică și psihică, precum și limitarea accesului la educație" (Organizația Salvați Copiii/Alternative sociale, 2002, *apud* **Mădălina Constantin**, 2004, pag. 117). Astfel, neglijarea poate să apară ca omitere a asigurării nevoilor copilului fie ele fizice, psihice sau educaționale punând în pericol dezvoltarea corespunzătoare a acestuia. Neglijarea copilului are mai multe dimensiuni și anume:

1. *Neglijarea fizică* – poate îmbrăca mai multe forme:
   a. *eșec în creșterea copilului* – în această categorie sunt inlcuse, pe de-o parte, deprivările nutriționale, cauzate de lipsa cunoștințelor privind tehnica hrănirii, de insuficiența resurselor financiare sau de lipsa atașamentului față de copil, iar pe de altă parte, deprivările de suport emoțional care au ca efect nedezvoltarea psihosocială a copilului;
   b. *neglijare fizică* – în acestă categorie sunt inlcuse acele situații în care nu este asigurată o locuință adecvată, îmbrăcăminte corespunzătoare și, în general, toate acele situații în care nu este asigurată îngrijirea fizică;
   c. *nesupraveghere adecvată* – aceasta se referă, mai ales, la acele situații în care părinții își lasă mult timp copiii nesupravegheați sau care își lasă copiii în grija unor persoane care pot abuza de ei;
   d. *neglijare medicală* – se referă la neacordarea asistenței medicale copiilor, cu efecte grave asupra sănătății și vieții lor.
2. *Neglijarea educațională* se referă la nefrecventarea, de către copil, a unei forme de educație adecvate, ceea ce poate duce la deprivare educațională și culturală;
3. *Neglijarea emoțională* se referă la lipsa sprijinului emoțional necesar copilului pentru o creștere armoniasă. Sprijinul emoțional ar trebui să se manifeste de timpuriu și presupune crearea unui climat afectiv pozitiv, bazat pe înțelegere și comunicare adecvată între părinți și copii;
4. *Abandonul copiilor* este considerat o formă severă de neglijare. Abandonul se manifestă prin excluderea copiiilor din familie, trimiterea lor în stradă sau dezinteres pentru creșterea și îngrijirea acestora. Abandonul poate fi temporar sau definitiv.

Față de aceste situații, asistentul social are un rol însemnat ce se poate concretiza în diferite forme de acțiune, de tipul:

- consilierea mamelor în perioadele de maternitate;
- consilierea părinţilor cu privire la creşterea copilului şi comportamentul ce trebuie adoptat faţă de aceştia ;
- evaluarea relaţiilor dintre părinţi şi copii şi a climatului afectiv existent la nivelul familiei;
- când situaţia nu poate fi rezolvată la nivelul familiei, se apelează la servicii de înlocuire a acesteia prin plasament, adopţie, tutelă;
- apelarea la reglementarea unor conflicte pe bază de lege şi scoaterea copilului de sub tutela familiei naturale, în cazul când aceasta nu-şi poate îndeplini rolul;
- strânsa colaborare a asistentului social cu organismele protecţiei sociale, în vederea hotărârii şi luării deciziilor corecte care să nu afecteze integritatea psihică a copiilor şi aşa traumatizaţi în urma abuzurilor produse.

O formă aparte de violenţă, care se poate manifesta în familie, este **violenţa asupra bătrânilor**. În majoritatea cazurilor, abuzul este datorat unei rude care locuieşte împreună cu persoana de vârsta a treia. De cele mai multe ori, bătrânii abuzaţi sunt singuri, fără roluri sociale şi care suferă de boli cronice sau au o mobilitate limitată.

Abuzul asupra bătrânilor poate îmbrăca forme diferite:

1. *abuzul fizic* – implică orice formă de agresiune fizică, manifestată de persoanele din anturajul bătrânilor asupra acestora;
2. *abuzul psihologic* – include orice manifestare care vine să lezeze demnitatea persoanei vârstnice, izolarea acesteia, inducerea unei stări de frică etc.;
3. *abuzul medical* – include orice formă de neglijare medicală sau abuzul în utilizarea unor medicamente, cum ar fi sedativele;
4. *abuzul material* – include furtul, determinarea bătrânilor de a ceda bunuri materiale în favoarea altor persoane etc.;
5. o formă specifică a abuzului asupra bătrânilor este şi internarea în azile, spitale sau ospicii fără acordul acestora;
6. neglijarea.

În programele naţionale, elaborate de Fundaţia „Ana Aslan", sunt formulate o serie de prevederi, în acord cu cerinţele internaţionale, de rezolvare a problemelor vârstnicilor, printre care:

1. persoanele vârstnice trebuie să beneficieze de drepturile omului stabilite de O.N.U.;
2. atât statul, cât şi organizaţiile neguvernamentale trebuie să-şi aducă contribuţia la elaborarea şi desfăşurarea programelor pentru vârstnici;
3. trebuie să se îmbunătăţească calitatea serviciilor medico-sociale, pentru a se adapta la cerinţele vârstnicilor;
4. programele socio-culturale trebuie să capete un anumit specific, pentru a putea răspunde cerinţelor persoanelor în vârstă;
5. statului îi revine datoria de a acorda posibilitatea persoanelor în vârstă să lucreze şi după pensionare, dacă le permite sănătatea;

6. prin intermediul mass-media, este indicat să se popularizeze acţiunile întreprinse de către diferite persoane şi organizaţii, pentru sprijinirea vârstnicilor;
7. sprijinirea de către stat a programelor ce vizează profilaxia şi tratarea unor boli;
8. să se aibă în vedere, la pensionare, gradul de dificultate şi de contribuţie a fiecăruia pe parcursul activităţii ş.a. (**Florica Mănoiu, Viorica Epureanu,** 1996).

După cum se ştie, pensionarea este trăită în mod diferit, uneori chiar dramatic de către persoanele care se simţeau mai legate de activitatea desfăşurată. Astfel, în plan psihologic pot interveni frustraţii, anxietăţi, tensiuni cu implicaţii în echilibrul persoanei. La acestea, se adaugă şi trăirea momentelor de criză, legate de sănătate şi de slăbirea unor funcţii biologice. Tocmai pentru aceasta, o intervenţie calificată îl poate ajuta pe individ să depăşească momentele dificile. O astfel de intervenţie se poate realiza mai întâi la nivelul familiei, dacă vârstnicul se bucură de un climat psihologic adecvat şi dacă ceilalţi membri manifestă grijă, înţelegere şi îl antrenează într-o serie de activităţi curente. În aceste condiţii, persoana în vârstă nu se mai simte izolată şi marginalizată, îi face chiar bine ideea de utilitate şi de trăire, cu drepturi depline, la nivelul familiei. Dimpotrivă, se produc dereglaje la persoanele vârstnice, care se simt izolate, care trăiesc singure şi la care rudele sau copiii nu le mai acordă atenţie şi ajutor constant. O situaţie şi mai dificilă o au acei pensionari care din motive de sănătate nu mai pot să-şi îngrijească gospodăria sau care au pensii mici şi nu reuşesc să-şi asigure un trai decent.

Acolo unde persoana vârstnică, dintr-un motiv sau altul, nu poate trăi material sau moral în condiţii decente asistentul social trebuie să intervină, şi după o cercetare atentă să recomande internarea acesteia într-un cămin de bătrâni sau cămin pentru pensionari. Dar misiunea asistentului social nu încetează odată cu aceasta, ci dimpotrivă, rolul lui creşte. Pentru vârstnic, internarea într-o asemenea instituţie presupune o adaptare la un alt regim de viaţă, presupune, renunţări la obiceiuri şi tabieturi, la prieteni şi cunoştinţe, presupune, de asemenea, despărţirea şi renunţarea la locul în care şi-a desfăşurat activitatea, ceea ce înseamnă, uneori, trăiri dramatice. Asistentul social trebuie să-l ajute să depăşească aceste momente de singurătate şi înstrăinare, prin folosirea comunicării şi adoptarea unor programe menite să antreneze persoana vârstnică în ocupaţii care să-i permită depăşirea momentelor dificile.

Se ştie că, activitatea asistentului social cu persoanele vârstnice implică o serie de dificultăţi, rezultate şi din psihologia omului care se percepe pe sine dintr-o perspectivă mai puţin optimistă, frecvent cu dereglări în plan psihic şi cu un echilibru fragil. Colaborarea şi comunicarea cu aceste persoane se realizează cu dificultate, ceea ce presupune un anumit nivel de pricepere, de cunoştinţe şi abilităţi din partea asistentului social, pentru a putea intra într-un contact eficient cu aceste persoane. Asistentul social trebuie să fie simţit şi apropiat, bine voitor, dar nu tolerant faţă de abaterile comportamentale, înţelegător, dar nu neglijent sau indiferent faţă de problemele ridicate de persoanele vârstnice, capabil de luarea unor decizii rapide, bine motivate şi în acord cu politicile sociale existente.

Aşa cum am mai arătat, prin *„familia anormală"* înţelegem o familie incompletă, fără unul dintre soţi sau fără copii. Astfel, o problemă importantă, aflată în atenţia asistenţilor social, este şi aceea a familiilor incomplete prin lipsa copiilor. Astfel, o ramură importantă a asistenţei sociale este şi cea a asistenţei sociale în caz de ***adopţie*** şi ***plasament***.

Pe plan mondial, în adopţie, sunt implicate diverse organisme guvernamentale, instituţii de ocrotire şi organizaţii nonguvernamentale care urmăresc, pe de-o parte, asigurarea bunăstării copilului şi plasarea acestuia într-o familie care să-i asigure condiţiile necesare, iar pe de altă parte, satisfacerea cerinţelor părinţilor adoptivi, care dintr-un motiv sau altul, îşi doresc un copil.

În acestă ordine de idei, adopţia şi plasamentul familial îi pun pe asistenţii sociali în postura de a găsi soluţii în rezolvarea unor probleme de ajutorare a copiilor şi a persoanelor care îşi doresc copii. Asistentul social trebuie să aibă imaginea completă asupra potenţialului economic şi cultural al părinţilor adoptivi, ca şi asupra posibilităţilor acestora de a stabili relaţii afective şi sociale cu copilul adoptat. Plasarea copilului într-o familie trebuie să producă schimbări în favoarea acestuia şi să-i asigure o dezvoltare cât mai deplină pe toate planurile.

Asistenţii sociali au datoria să-i facă pe părinţii adoptivi să înţeleagă toate obligaţiile ce decurg din caracteristicile paternităţii adoptive, dar şi să se asigure că ei îşi pot îndeplini obligaţiile faţă de copiii adoptaţi, să poată lua singuri decizii în favoarea copiilor respectivi.

Apreciem că asistentului social, în condiţii de adopţie, îi revin câteva sarcini esenţiale:

- să-i ajute pe părinţii adoptori să-şi aleagă şi să-şi cunoască copilul ales;
- să evalueze potenţialul psihosocial şi economic al părinţilor adoptori;
- să evalueze capacitatea acestora de a investi, din punct de vedere psihic, în copil şi de a asigura climatul afectiv necesar acestuia;
- să contribuie la pregătirea părinţilor adoptivi pentru dezvoltarea abilităţilor parentale şi de relaţionare cu copilul;
- să dezvolte la copilul adoptat ideea de acceptare a noilor părinţi şi de formare a imaginii de sine corecte;
- să contribuie, acolo unde este cazul, la păstrarea unei legături bazate pe încredere şi apreciere reciprocă între familia adoptivă şi cea biologică;
- să supravegheze şi să verifice periodic condiţiile de viaţă ale copiilor plasaţi în vederea stabilirii dacă este sau nu cazul să ia măsuri de excludere din noua familie şi să se decidă plasarea într-o nouă familie.

Astfel, asistentul social trebuie să aibă clară ideea de rezolvare a problemei, să fie convins şi motivat pentru acţiunile ce le întreprinde pentru a putea acţiona în deplină cunoştinţă de cauză, în vederea ajutorării atât a copilului, cât şi a părinţilor adoptivi. Se dovedesc a fi valide toate acele metode şi procedee ce se pot realiza pe cale comunicaţională sau acţională, menite să cimenteze relaţiile dintre părinţii adoptivi şi copiii supuşi plasamentului familial.

Plasamentul familial se poate realiza şi pe o perioadă limitată de timp în care copiii şi părinţii adoptivi stabilesc relaţii pe un timp dat după care acestea pot înceta. Sunt situaţii de acest gen care pot avea un caracter „normal", prin scăderea potenţialului economic al familiei adoptive, prin decesul unuia dintre părinţi, prin scăderea stării de sănătate a părinţilor adoptivi etc. şi când copilul, prin intervenţia asistentului social, este nevoit să adopte un nou curs în evoluţia sa, sau chiar să se întoarcă în familia biologică ori în cadrul instituţionalizat în care a fost.

Există şi situaţii în care părinţii adoptivi nu-şi fac datoria faţă de copil sau din diverse motive nu-şi mai pot îndeplini rolurile asumate şi atunci asistentul social, în strânsă legătură cu organizaţiile guvernamentale sau neguvernamentale de profil, este nevoit să intervină pentru a-l scoate pe copil din mediul respectiv. În astfel de situaţii, adopţia sau plasamentul în noua familie, de regulă nu are un efect pozitiv pentru evoluţia ulterioară a individului. Acesta este şi un motiv pentru care asistentul social trebuie să rămână un factor de intervenţie în situaţiile de dezechilibru în noua familie adoptivă, să fie capabil să intervină pentru a regla distorsiunile sau de a adopta decizii care să fie în favoarea copilului. Prin urmare, după îndeplinirea adopţiei, activitatea sa nu încetează, dimpotrivă ea trebuie să continue cu şi mai mare atenţie şi perseverenţă pentru a putea urmări evoluţia copilului în noua familie.

BIBLIOGRAFIE

BĂBAN, A, 2003, *Consiliere educaţională, ghid metodologic pentru orele de dirigenţie şi consiliere*, Cluj Napoca, Editura Psinet.

BELSKY, J., 1980, „Child maltreatment: An ecological integration", in *American Psychologist*, 33.

BLOCHER, D. H, 2000, *The evolution of counseling psychology*. New York, Springer.

BOCANCEA, C., NEAMŢU, G., 1999, *Elemente de asistenţă socială*, Iaşi, Editura Polirom.

BOGARD M., 1990, „Feminist perspectives on wife abuse: An introduction",in Yllo K., Bogard M., *Feminist perpectives on wife abuse*, Sage, Newbury Park, California.

BROLIN DONN, E, 1992, *Vocational preparation of persons with handicaps*, second edition, Ohio, Charles E. Merrill Publishing Company.

BUZDUCEA, D. (coord), 2010, *Asistenţa socială a grupurilor de risc*, Editura Polirom, Iaşi.

COJOCARU, ŞT., 2005, *Asistenţa socială, ancheta, supervizarea şi managementul de caz*, Editura Polirom, Iaşi.

CONSTANTIN, MĂDĂLINA, 2005, *Maltratarea copilului, între cunoaştere şi intervenţie*, Editura Lumen, Bucureşti.

DRĂGAN, I, 1996, *Dicţionar de O.S.P*, Bucureşti: E.D.P.

GEORGESCU, M, 2004, *Introducere în consilierea psihologică*, Bucureşti, Editura Fundaţiei România de Mâine.

GHERGUŢ, A., 2003, *Managementul serviciilor de asistenţă psihopedagogică şi socială*, Iaşi, Editura Polirom.

GIBSON, L.R, MITCHELL, H.M, 1981, *Introduction to guidance*. New York, MacMillan Publishing Co. Inc.

GRUPUL DE STUDIU AL PROBLEMATICII HANDICAPULUI, 2001, *Oameni asemenea – Persoanele cu handicap din România*, Bucureşti, Editura Compania.

HOLDEVICI, I., NEACŞU, V., 2006, *Consiliere psihologică şi psihoterapie în situaţii de criză*, Bucureşti, Editura Dual Tech.

HOWE, D., 2001, *Introducere în teoria asistenţei sociale*, Bucureşti, Editura MarLink.

IONESCU, Ş., 2002, *Mecanismele de apărare*, Bucureşti, Polirom, 2002.

IRIMESCU, GABRIELA, 2005, „Violenţa în familie şi metodologia intervenţiei", în *Asistenţă socială – studii şi aplicaţii*, coord. Neamţu G. şi Stan D., Editura Polirom, Iaşi.
IVERY, A, 1994, *Counseiling and psychotherapy*, New Jersey, Prentice Hall.
JIGĂU, M, 2001, *Orientarea şcolară şi profesională*, Bucureşti, Institutul de Ştiinţe ale Educaţiei.
KAPLAN, L., GIRARD, J., 1994, *Strenghtening High-Risk Families: A Handbook for Practitioners*, Lexington Books, New York
KINNEY, J., HAAPALA, D., BOOTH, C., 1991, *Keeping Families Together: The Homebuilders Model*, Aldine De Gruyter, New York.
LEVINE, M., & LEVINE, A., 1992, *Helping children: A social history*. New York, Oxford University Press.
LEVINSON D., 1989, *Family Violence in Cross/Cultural Perspective*, Sage, Newbury Park, California.
LISIEVICI, P, 1998, *Teoria şi practica consilierii*, Bucureşti, Editura Universităţii din Bucureşti.
MANEA, L., 2000, *Protecţia Socială a persoanelor cu handicap*, Bucureşti, Editura Şansa.
MANOLACHE, I, 2004, *Consilierea şi orientarea elevilor cu cerinţe educative speciale*, Bucureşti, Institutul de Ştiinţe ale Educaţiei.
MĂNOIU, FLORICA, EPUREANU, VIORICA, 1996, *Asistenţa socială în România*, Editura All, Bucureşti.
MIFTODE, V., 1999, *Fundamente ale asistenţei sociale*, Editura Eminescu, Bucureşti.
MIFTODE, V., 1995, *Teorie şi metodă în asistenţa socială*, Iaşi, Editura Axis.
MIHĂILESCU, I., 1999, *Familia în societăţile europene*, Editura Universităţii, Bucureşti.
MITROFAN IOLANDA, MITROFAN N., 1994, *Elemente de psihologie a cuplului*, Editura Şansa, Bucureşti.
MITROFAN, I, 1997, *Psihoterapie experienţială*, Bucureşti, Editura Informedica.
MOIS, A, 2001, *Consiliere privind cariera*, Cluj Napoca,Editura. Dacia.
NEAMŢU, NICOLETA, TOMA, MILENA, 2010, „Asistenţa socială centrată pe familie", în Buzducea D. (coord), *Asistenţa socială a grupurilor de risc*, Editura Polirom, Iaşi.
NEAMŢU, G., (coord.) 2003, *Tratat de asistenţă socială*, Iaşi, Editura Polirom.
POP, LUANA MIRUNA (coord.), 2002, *Dicţionar de politici sociale*, Bucureşti, Editura Expert.
PONEA, SIMONA, 2009, *O lume diferită, o lume la fel. Integrarea socială a persoanelor cu dizabilităţi locomotorii*, Iaşi, Editura Lumen.
RADU, I. D., 1999, „Consilierea handicapaţilor în perspectiva orientării şcolare şi profesionale", în *Introducere în psihopedagogia şcolarilor cu handicap*, coord. Radu Gh, Bucureşti, Editura Pro Humanitate.
RAHEIM, S., 1995, „Culturaly Competent Practice in Family-Centered Services", in Williams, B.K., *Family Centered Services: A Handbook for Practitioners*, Natioanl Resource Center Family Based Sevices, School of Social Work, University of Iowa.
RAHEIM, S, 2002, „Cultural Competence: A Requirement for Empowerment Practice", in O'Melia M., Miley K.K., *Pathways to Power: Readings in Contextual Social Work Practice*, Allyn&Bacon, Boston.
RUJOIU, VALENTINA, 2010, „Violenţa în relaţia de cuplu: aspecte psihosociale", în Buzducea D. (coord), *Asistenţa socială a grupurilor de risc*, Editura Polirom, Iaşi.
RUSBULT C.E., 1983, „A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) on satisfaction and commitement in heterosexual involvements", *Journal of Personality and Social Psychology*, 45.
SIMA, P. (coord.), 2003, *Rolul asistentului social în sistemul de protecţie a persoanelor cu handicap*, Bucureşti, ANPH, Institutul Naţional pentru prevenirea şi combaterea excluziunii sociale a persoanelor cu handicap
SIMEK, DOWNING, I, 1998, *Counseling and psychoterapy- skills, theories and practice, second edition*, New Jersey, Pretince Hall.
SPÂNU, MARIANA, 1998, *Introducere în asistenţa socială a familiei şi protecţia copilului*, Editura Tehnică, Chişinău.
ŞTEFĂROI, P., 2009, *Teoria fericirii în asistenţa socială*, Iaşi, Editura Lumen.
TOMŞA, GH, 1999, *Orientarea şi dezvoltarea carierei la elevi*, Bucureşti, Casa de Editură şi Presă Viaţa românească.
TOMŞA, GH, 2008, *Consilierea şi orientarea în şcoală*, Bucureşti, Editura Credis.

UREA, R, 2005, „Specificul consilierii persoanelor cu deficiență", în *Revista de „Protecție socială a copilului"*- FICE România 12/2005, București,Editura Universitară.

VERZA, F.E., 2002, *Introducere în psihopedagogia specială și în asistența socială*, Editura Fundației Humanitas, București.

VOINEA, MARIA, 2005, *Familia contemporană. Mică Enciclopedie,* Editura Focus București.

VOINEA, MARIA, 1993, *Sociologia familiei*, Editura Universității, București.

VRĂSMAȘ, T., MUȘU, I. (coord.), 1999, *Cartea Albă RENINCO. Integrarea/ includerea copiilor cu dizabilități*, București, UNICEF.

VRĂȘMAȘ, E.A, 2002, *Consilierea și educația părinților*, București, Editura Aramis.

WALKER, L.E., 1984, *The battered woman syndrome*, Springer, New York.

WILLIAMS, B.K., *Family Centered Services: A Handbook for Practitioners*, Natioanl Resource Center Family Based Sevices, School of Social Work, University of Iowa.

ZAMFIR, C., VLĂSCEANU, L., *Dicționar de sociologie*, Editura Babel, București.

ZAPODEANU, MONICA, 2005, *Terapii familiale*, Editura Lumen, București.

CAPITOLUL XVII
INTEGRAREA ŞI INCLUZIUNEA EDUCAŢIONAL ŞCOLARĂ A COPIILOR CU DEFICIENŢE

1. CONCEPTE ŞI TEORII

Delimitări conceptuale

Psihopedagogia integrării este o ramură a psihopedagogiei speciale, care studiază sistemul de învăţământ bazat pe şcolile incluzive, menit să satisfacă necesităţile educaţionale speciale ale tuturor copiilor.

Psihopedagogia integrării cuprinde legi şi principii, metode şi mijloace didactice specifice.

Este o ştiinţă interdisciplinară, care face apel la cunoştinţele din domeniul psihologiei, pedagogiei, sociologiei, medicinei şi asistenţei sociale.

Această ramură modernă a psihopedagogiei speciale s-a constituit în anii '60, deci este o ştiinţă relativ nouă, în plină afirmare.

Este o replică dată sistemului de învăţământ clasic, bazat pe instituţiile tradiţionale, incapabile să satisfacă, prin modul de organizare şi caracteristicile educaţionale oferite, nevoile educaţionale ale tuturor copiilor cu CES (cerinţe educaţionale speciale).

Psihopedagogia integrării s-a impus graţie cercetărilor şi experimentelor efectuate în ultimii 50 de ani şi este o replică dată defectologiei clasice.

Impunerea acestei discipline a fost determinată de necesitatea respectării Drepturilor fundamentale ale omului, dreptului fundamental la educaţie egală pentru toţi copiii, ţinând seama de cerinţele lor specifice.

Toate aceste elemente au determinat necesitatea abandonării segregării şi izolării elevilor cu handicap, în şcoli speciale, care au format un individ insuficient adaptat, din punct de vedere al integrării în societate, din cauza multiplelor tulburări ale comportamentului social.

Prezentăm, în continuare, câteva dintre conceptele de bază cu care operăm în domeniul psihopedagogiei integrării.

Subiecţii cărora ne adresăm în cadrul educaţiei integrate sunt elevi cu cerinţe educative speciale.

Cerinţe educative speciale – CES – Această sintagmă se referă la cerinţele în plan educativ ale unor categorii de persoane, cerinţe consecutive unor disfuncţii sau deficienţe de natură intelectuală, senzorială, psihomotrică, fiziologică etc. sau ca urmare a unor condiţii psiho-afective, socio-economice sau de altă natură (cum ar fi absenţa mediului familial, condiţii de viaţă precare, anumite particularităţi ale personalităţii copilului etc.) care plasează elevul într-o stare de dificultate în raport cu cei din jur.

Cerințele educative speciale solicită abordarea actului educațional de pe poziția capacității elevului deficient sau aflat în dificultate de a înțelege și valorifica conținutul învățării și nu de pe poziția profesorului sau educatorului care desfășoară activitatea instructiv-educativă în condițiile unei clase omogene sau pseudo-omogene de elevi. Evident că această sintagmă poate avea înțeles pentru fiecare elev în parte, în sensul că fiecare elev este o individualitate și, la un moment dat, într-un domeniu sau altul al învățării, reclamă anumite cerințe educaționale specifice pentru a putea înțelege și valorifica la maximum potențialul său în domeniul respectiv (spre exemplu, un elev care întâmpină dificultăți de învățare la matematică sau fizică – unde sunt necesare, în special, anumite categorii de operații ale gândirii la care elevul respectiv este deficitar – poate obține rezultate foarte bune la disciplinele din celelalte arii curriculare, chiar peste media clasei; la fel se poate spune despre un elev coleric sau hiperkinetic care nu-și poate concentra atenția prea mult timp în clasă, dar care poate înțelege cu ușurință conținutul lecțiilor în momentele sale de atenție). Totuși, termenul de cerințe educaționale speciale este utilizat, mai ales, în domeniul psihopedagogiei speciale unde semnifică necesitatea unor abordări diferențiate și specializate a educației copiilor cu deficiențe, a celor cu afecțiuni neuropsihice, neurofiziologice sau somatice, a celor cu dificultăți de învățare persistente și, mai recent, a celor supradotați (**Gherguț, A.**, 2001, pp. 13,14).

Educația integrată (vezi Ungureanu, A. 2000, Vrăsmas, T. 2001, 2004 Popovici, D. V, 2007) – se referă în esență la integrarea în structurile învățământului de masă a copiilor cu cerințe speciale în educație (copii cu deficiențe senzoriale, fizice, intelectuale sau de limbaj, defavorizați socio-economic și cultural, copii din centrele de asistență și ocrotire, copii cu ușoare tulburări psiho-afective și comportamentale, copii infectați cu virusul HIV etc.) pentru a oferi un climat favorabil dezvoltării armonioase și cât mai echilibrate a personalității acestora (**Gherguț, A.**, 2001 pag. 12).

Educația incluzivă – incluziunea implică schimbarea, deci este un proces care contribuie la creșterea gradului de participare și învățare pentru toți elevii. MacKay arată că educația incluzivă se referă la educarea tuturor elevilor și nu numai a celor cu dizabilități sau a unui grup dezavantajat.

„Incluziunea în educație presupune :

- valorizarea egală a tuturor elevilor și a personalului;
- creșterea participării tuturor elevilor la educație și totodată reducerea numărului elevilor excluși;
- reducerea barierelor în învățare și participare pentru toți elevii nu numai pentru cei cu dizabilități;
- înțelegerea diferențelor dintre elevi ca sursă pentru procesul de învățare și nu doar ca o problemă care trebuie rezolvată;
- recunoașterea dreptului elevilor la educație în comunitatea din care aceștia fac parte.

Educația incluzivă duce la „dărâmarea“ zidurilor dintre școli și comunitate și pune bazele unei societăți incluzive.

Educația incluzivă se referă la ridicarea tuturor barierelor în învățare și la asigurarea participării celor vulnerabili la excludere și marginalizare (UNESCO, 2000)", (**Baba, L., Borca, C., Runceanu, L., Vrăsmas, E.**, 2009, pag. 52).

Analizând diferenţele dintre educaţia integrată şi cea incluzivă Vrăşmaş T. subliniază faptul că: „prin *educaţie integrată* se aveau în vedere mai ales obiective legate de şcolarizarea" normalizată „a copiilor cu CES – deci *accentul se punea pe copii şi pe formele de suport pentru aceştia, incluzivitatea educaţiei* are ca sens şi obiectiv principal adaptarea şcolii la cerinţele de învăţare ale copiilor, iar prin extensie, *adaptarea şcolii în general la diversitatea copiilor dintr-o comunitate , ceea ce presupune reforma şi dezvoltarea de ansamblu a şcolii,* pentru a face faţă provocărilor diversităţii tot mai mari a copiilor care accesează educaţia şcolară." (**Vrăsmas, T.**, 2004, pag. 244).

În cadrul sistemului de învăţământ special integrat se creează o instituţie şcolară nouă, diferită de şcoala specială şi de şcoala de masă, denumită şcoală incluzivă.

„**Şcoala incluzivă** – este denumirea instituţiei şcolare din învăţământul public de masă la care au acces toţi copiii unei comunităţi, indiferent de mediul de provenienţă, în care sunt integraţi într-o formă sau alta şi copiii cu CES în educaţie, unde programul activităţilor didactice are la bază un curriculum specific (individualizat şi adaptat) şi unde participarea personalului didactic la activităţile educative din clasă se bazează pe un parteneriat activ între profesori, profesori de sprijin/suport, specialişti în educaţie specială şi părinţi. Pornind de la această realitate, în literatura de specialitate se vorbeşte şi despre **clase incluzive,** în care pot fi integraţi un număr limitat de copii cu cerinţe educative speciale (de regulă între 1 şi 4 copii cu CES) în baza Legii 84/1995, art.41, alineatul 2" (**Gherguţ A.,** 2001, pag. 15).

În acelaşi timp, în cadrul acestui sistem de învăţământ integrat este creată o serie de posturi didactice noi, absolut indispensabile pentru funcţionarea sistemului. Cele mai răspândite dintre acestea atât pe plan internaţional cât şi la noi sunt posturile de profesor de sprijin şi itinerant.

Profesorul de sprijin este o persoană specializată în activităţile educative şi recuperatorii adresate copiilor cu CES. El poate fi angajatul unei şcoli speciale, al unui centru de recuperare sau al unei şcoli incluzive. Profesorul de sprijin, pe lângă activităţile specifice desfăşurate în afara orelor de clasă împreună cu acei copii, consideraţi cu CES, participă şi la activităţi didactice din clasă, împreună cu învăţătorul/profesorul şcolii obişnuite, unde se ocupă în special de copilul / copiii cu CES.

Profesorul itinerant are un statut asemănător cu cel al profesorului de sprijin, deosebirea constând în faptul că, acesta desfăşoară activitatea în şcoli obişnuite, unde frecventează un număr de copii cu cerinţe speciale, proveniţi din familii. În aceste condiţii, îşi poate desfăşura activitatea în mai multe şcoli dintr-o zonă geografică sau dintr-un areal bine delimitat. În practica educaţională este mai greu de surprins deosebirea dintre profesorul itinerant şi cel de sprijin – deoarece profesorul itinerant are şi atribuţii ale unui profesor de sprijin (mai ales în activitatea directă din clasă). Dar aceste atribuţii pot avea o pondere variabilă în funcţie de numărul de copii de care răspunde sau de numărul de şcoli în care se deplasează. Tot în responsabilitatea profesorului itinerant intră şi activitatea desfăşurată cu elevii deficienţi la domiciliul acestora atunci când aceştia nu se pot deplasa regulat la şcoală sau când nu sunt incluşi într-un centru sau într-o altă instituţie de asistenţă şi ocrotire. În ţara noastră statutul profesorului itinerant a fost reglementat prin Legea 128/1997 (Statutul cadrelor didactice) unde, la articolul 5, alături

de alte funcţii didactice din învăţământul special, legiuitorul stipulează funcţiile de *învăţător/institutor itinerant* şi, respectiv, *profesor itinerant* şi, ulterior, prin Ordinul MEC Nr. 5379/2004. (**Ghergut, A.,** 2001, pag. 20).

Curriculum-ul adaptat – se referă la adaptarea conţinuturilor, metodelor, mijloacelor şi tehnicilor de lucru în cadrul activităţilor instructiv-educative. Adaptarea conţinuturilor are în vedere atât volumul de cunoştinţe, dar mai ales particularităţile copiilor cu C.E.S. Adaptarea curriculară se poate realiza (**Popovici, D. V.,** 2007, pag. 106) prin:

- extensie (în cazul în care potenţialul intelectual nu este afectat – de exemplu, copiii cu deficienţe vizuale sau fizice), adică prin introducerea unor activităţi suplimentare de compensare – recuperare, simplificare şi mixtă;
- selectarea unor obiective din curriculum-ul general adresat copiilor normali, care pot fi atinse de către copiii cu C.E.S. în activităţi individuale variate;
- accesibilizarea conţinutului curriculum-ului;
- selectarea unor metode şi procedee didactice şi a unor mijloace de învăţământ preponderent intuitive care să ajute elevul cu C.E.S. să înţeleagă şi să interiorizeze conţinuturile predate în clasă;
- folosirea unor metode şi procedee de evaluare prin care să se evidenţieze evoluţia şi performanţele elevilor nu numai în plan intelectual, ci, mai ales, în plan aplicativ (modalităţile de rezolvare a unor probleme tipice de viaţă, posibilităţile de comunicare şi relaţionare cu cei din jur etc.).

În concluzie, din succinta prezentare de mai sus, rezultă că, pentru dezvoltarea unui sistem de educaţie integrată eficient, este necesară o serie de schimbări fundamentale din domeniul instituţional, organizatoric, al resurselor umane şi strategiilor educaţionale, utilizate în activitatea cu elevii cu cerinţe educţionale speciale.

Trăsături caracteristice ale principiului normalizării în ţările scandinave şi în SUA

Prezentăm, în continuare, câteva dintre principiile fundamentale, cu privire la învăţământul special integrat, utilizate frecvent în teoria şi practica internaţională.

Normalizarea, ca acţiune, îşi are originea în ţările scandinave, unde s-a încercat pentru prima oară integrarea persoanelor cu handicap mintal în cadrul comunităţii.

Realizarea acestui obiectiv a fost considerată ca făcând parte din structura unei politici sociale ambiţioase, declanşate imediat după cel de-al doilea război mondial, despre care am vorbit anterior, în cuprinsul acestei cărţi.

Punerea în practică a unui deziderat atât de complex, a necesitat, mai întâi, anumite clarificări teoretice şi conceptuale, în acord cu prevederile drepturilor universale ale omului, adoptate în 1948 şi a modului cum acestea pot fi asigurate în cazul persoanelor cu handicap.

Cercetările realizate de Nirje în Suedia şi Mikkelsen în Danemarca, şi-au găsit, în final, concretizarea în formularea aşa-numitului „principiu al normalizării", precum şi a principalelor elemente structurale şi funcţionale, care îl caracterizează.

Nirje definea normalizarea, încă din 1969, ca reprezentând *„procesul prin care se asigură accesul la tiparele existenţiale şi la condiţiile de viaţă cotidiană, pe cât mai*

apropiat posibil de caracteristicile vieţii obişnuite, pentru toate categoriile de persoane", inclusiv cele cu handicap .

Tot cercetătorul suedez defineşte sintagma **„condiţii normale de viaţă"** ca fiind constituită, în primul rând, dintr-o succesiune de **4 ritmuri fundamentale** ale existenţei. Aceste ritmuri sunt următoarele:

1. ritmul normal zilnic;
2. ritmul săptămânal;
3. ritmul anual;
4. ritmul existenţial.

1. ritmul normal zilnic, se referă la repartiţia duratei muncii, odihnei şi distracţiilor, începând de la trezire şi terminând cu perioada de somn;

2. ritmul normal al unei săptămâni, este determinat de relaţia judicioasă ce trebuie instaurată între zilele lucrătoare şi cele de odihnă de la sfârşitul săptămânii;

3. ritmul normal anual al omului, se concretizează prin succesiunea regulată a perioadelor de repaus (sărbători şi vacanţe) şi perioadele de lucru;

4. ritmul existenţial de dezvoltare al vieţii, se referă la stadiile de tinereţe, adult şi bătrâneţe, specifice psihologiei vârstelor.

La aceste aspecte, este necesar să fie adăugate alte elemente referitoare la precizarea formelor existenţei zilnice, şi anume:

a) asigurarea unui standard economic normal;

b) asigurarea unor condiţii normale de mediu, care se referă la asigurarea locuinţelor în cadrul comunităţii şi organizarea mediului fizic.

Imaginea acestui proces se completează, în final, prin includerea a încă două componente, care ţin de individ şi relaţiile sale sociale, şi anume:

1. dreptul de a trăi într-o lume a ambelor sexe;
2. asigurarea respectului pentru integritatea persoanei, inclusiv dreptul de a duce o viaţă privată liberă (fără nici un fel de imixtiuni).

Clasificarea teoriei, legate de normalizare în Suedia, a condus la completarea imaginii acestui proces, prin considerarea sa, într-o strânsă interdependenţă cu elementele ce ţin de persoană şi cele aparţinând mediului în care aceasta trăieşte.

Astfel, trebuie să se aibă în vedere, nu numai felul în care persoana cu handicap se adaptează mediului, ci şi felul în care mediul este pregătit să primească şi să integreze aceste categorii de persoane.

În acest sens, trebuie specificat faptul că, normalizarea nu se referă la eliminarea handicapului sau la tratarea acestuia. Ea va determina, însă, schimbări pozitive la nivelul deprinderilor, capacităţilor şi comportamentelor persoanei cu handicap. Aceasta se poate realiza datorită faptului că, traiul în condiţii obişnuite de viaţă reprezintă, prin factorii săi stimulativi, un catalizator al dezvoltării comportamentului individual.

În viziunea scandinavă, normalizarea înseamnă, de fapt, realizarea accesului la condiţiile de viaţă obişnuită pentru persoanele cu handicap mintal, în funcţie de originea şi profunzimea handicapului în care se încadrează, de nevoile pe care le manifestă şi modul lor de rezolvare, precum şi de competenţa socială pe care o pot atinge.

Persoana cu handicap necesită, de asemenea, un ajutor specializat, pentru a putea face faţă cerinţelor de mediu. De aceea, normalizarea presupune şi acordarea unei multitudini de servicii specializate. Acestea au scopul de a asigura persoanei cu handicap

o stimulare adecvată, care s-o ajute, în final, să ajungă la o viaţă cât mai apropiată de normal.

Aceasta semnifică faptul că, normalizarea, din punct de vedere teoretic, nu se referă numai la asigurarea unei existenţe „total independente". Trebuie subliniată, în acest sens, ideea că există grade (niveluri) diferite de realizare a acţiunii de normalizare. Aceasta se traduce prin cerinţa acordării unui sprijin diferenţiat, în funcţie de nevoile şi tipul de deprinderi şi capacităţi, pe care-l posedă fiecare persoană cu handicap în parte.

Nirje şi Perrin susţin că, principiul normalizării poate fi aplicat eficient pentru îmbunătăţirea condiţiilor şi programelor ce se acordă într-o instituţie.

Aceste puncte de vedere din teoria scandinavă, este necesar să fie întregite cu punctul de vedere din teoriile americane asupra normalizării, exprimate de Wolfensberger (1984), Flynn şi Nitsch. După aceşti teoreticieni, esenţa principiului normalizării constă în utilizarea tuturor mijloacelor posibile pentru construirea şi sprijinirea formării unor comportamente dezirabile din punct de vedere al normelor culturale dintr-o societate .

Handicapul mintal este văzut în această viziune ca fiind expresia unui comportament deviant care este totdeauna definit în relaţie cu mediul, iar principala cerinţă, ce trebuie adresată persoanelor retardate mental, constă în adaptarea comportamentului lor la mediul social normal.

În concluzie, comportamentul deviant al persoanelor retardate mintal trebuie schimbat, adică, cu alte cuvinte, normalizat.

Aceste teorii asupra normalizării, cea scandinavă şi cea americană, pun în lumină laturi diferite ale aceluiaşi principiu, accentul pus pe un aspect sau altul, la un moment dat, putând determina în practică chiar ivirea unor contradicţii.

Niveluri funcţionale ale normalizării şi calitatea vieţii la persoanele cu handicap mintal

Aplicarea practică a normalizării trebuie realizată, din punct de vedere structural, pe patru niveluri funcţionale (**Kebbon,** 1986).

1. Normalizarea fizică, care se referă la posibilitatea de a avea acces la mijloacele fizice (obiectuale) pentru satisfacerea nevoilor fundamentale (primare), de exemplu, de a avea un apartament propriu, haine şi bunuri personale, posibilităţi financiare pentru deplasări, de a avea contacte sociale, de a se asocia cu alte persoane ş.a.m.d.

2. Normalizarea funcţională, care constă în asigurarea accesului la serviciile publice ale societăţii, incluzând aici o gamă largă de servicii posibile, acumularea celor necesare pentru a beneficia de serviciile respective, aceasta referindu-se la comunicare, activităţi comerciale, pentru loisir (petrecerea timpului liber), transportul în comun, magazine, biblioteci, bănci, piscine etc.

3. Normalizarea socială, se referă la posibilitatea de a avea contacte sociale spontane şi regulate, la dreptul de a se simţi şi a fi perceput ca făcând parte dintr-un context social, de exemplu, în relaţiile familiale, cu vecinii, cu prietenii, în cadrul echipei de muncă ca un membru al personalului ş.a.m.d.

4. Normalizarea societală, se referă la nivelul participării persoanelor cu handicap la procesul util, productiv, din cadrul societăţii, în cadrul diferitelor organizaţii şi asociaţii, având responsabilităţi, influenţă şi beneficiind de încrederea normalilor.

Nivelurile descrise, reprezintă, în fapt, o extindere în înţelegerea conceptului de normalizare.

Studiile efectuate de specialişti din diverse ţări, cu precădere din cele nordice, au evidenţiat faptul că, „normalizarea fizică“, este mai uşor de atins, că cea „funcţională“, se realizează, de obicei, după aceea, şi că normalizarea socială şi „societală“, din cauza complexităţii lor deosebite, pot fi atinse mult mai greu.

Datele pe care le avem la dispoziţie, demonstrează, spre exemplu, că în Suedia, integrarea în cadrul comunităţii, bazată pe servicii extensive, a determinat normalizarea fizică a persoanelor cu handicap mintal în proporţie de 60% (în cazul celor care trăiesc în grupuri mici, în interiorul comunităţii), iar normalizarea funcţională, în proporţie de 30% (aceasta referindu-se, în principal, la persoanele care beneficiază de un program zilnic integrat).

Lipsa de coordonare dintre diferitele programe, constituie, după părerea cercetătorilor, principala cauză a decalajului înregistrat în zona normalizării funcţionale, (care se referă la folosirea facilităţilor din domeniul transportului public şi serviciilor din aria de reşedinţă).

Cercetările realizate pe baza observării modului de împărţire a timpului zilnic, au arătat că, persoanele cu handicap, din cartierele rezidenţiale, folosesc rareori transportul în comun sau magazinele din împrejurimi, pentru efectuarea de cumpărături, chiar atunci când acestea se află în drumul lor obişnuit către centrele de zi, în zonele limitrofe acestora. Un alt aspect, ce a fost constatat, subliniază faptul că există o participare redusă a indivizilor retardaţi mintal la activităţile publice, spre exemplu, la cele organizate în aşa-numitele „centre de recreere“.

Rezultă de aici concluzia, după care, în general, participarea persoanelor cu deficienţe mintale la activităţile din cadrul comunităţii, are încă frecvenţă redusă.

Integrarea socială, bazată pe atingerea normalizării sociale, se realizează, însă, în proporţie şi mai redusă.

În acest sens, studiile efectuate prin tehnica interviului, au relevat că, existenţa în interiorul comunităţii, în unele cazuri mai mult accentuează izolarea decât integrarea persoanelor cu retard mintal. Ceea ce este important, cu privire la acest aspect, este însă, faptul că, rezultatele interviurilor respective au relevat că, niciuna dintre persoanele ale căror răspunsuri au fost studiate, nu doreşte să se întoarcă într-o instituţie specializată de ocrotire.

Un ultim aspect, ce trebuie pus în evidenţă, în legătură cu dificultăţile atingerii în practică a nivelurilor superioare de normalizare, se referă la imposibilitatea asigurării unor „relaţii afective“ corespunzătoare la nivelul trebuinţelor persoanelor cu handicap mintal.

Factorul **afectiv,** absolut necesar, este foarte greu de realizat din punct de vedere practic, deoarece este dificil de găsit profesionişti, care să constituie, în acelaşi timp, un **model de identificare**, care să asigure, în permanenţă, un contact afectiv profund şi care să realizeze continuitatea relaţiilor interpersonale cu asistaţii, pentru o lungă perioadă de timp.

De aceea, problemele care se pun astăzi în faţa ţărilor care au atins un nivel ridicat de normalizare şi integrare, sunt, într-un fel paradoxal şi greu de depăşit.

În concluzie, în prezent, specialiştii din ţările respective consideră că, este necesar să fie reconsiderate strategiile lor de acţiune, prin mutarea accentului de la problemele sociale şi ale organizării mediului fizic, la cele psihologice, specifice persoanelor cu handicap.

Erori constante în aplicarea principiului normalizării

Conform definiţiei lui Nirje (1976), principiul normalizării înseamnă a face accesibile indivizilor retardaţi mintal, condiţiile şi modelele de viaţă zilnice, la fel cu cele asigurate membrilor societăţii, pe ansamblu.

Mikkelsen (1976), descrie normalizarea ca pe *un mod de acceptare a înapoierii mintale, pledând pentru a oferi persoanelor cu handicap aceleaşi condiţii cu cele oferite celorlalţi cetăţeni, incluzând tratamentul, educaţia şi şcolarizarea necesară să furnizeze dezvoltare optimă* (*apud* **Popovici, D. V.**, 1999).

Principiul normalizării se bazează pe concepţia, conform căreia persoanele cu handicap mintal sunt îndreptăţite să aibă aceleaşi drepturi cu cele disponibile pentru ceilalţi membri ai societăţii.

Aceste drepturi includ asigurarea posibilităţilor de alegere şi manifestare a opţiunilor personale.

Aplicarea principiului normalizării a creat o serie de probleme în ce priveşte înţelegerea acestuia. Dintre aceste erori, putem menţiona:

1. normalizarea înseamnă să faci oamenii normali;
2. serviciile speciale sunt incompatibile cu normalizarea;
3. normalizarea „sprijină“ oamenii într-o comunitate fără sprijin;
4. normalizarea este o sintagmă care se aplică sub toate formele sale sau deloc;
5. normalizarea este aplicabilă numai persoanelor cu handicap mintal;
6. persoanele cu handicap mintal trebuie protejate de rigorile societăţii;
7. normalizarea este un concept scandinav, universal aplicabil;
8. normalizarea este o teorie ideală, dar impracticabilă .

1. Normalizarea înseamnă să faci oamenii normali. Conform acestei concepţii, normalizarea a fost confundată cu normalitatea.

În realitate, normalizarea se referă la sprijinul ce trebuie furnizat pentru a permite un stil de viaţă similar cu cel al celorlalţi membri ai societăţii, incluzând posibilităţi individuale de alegeri şi opţiuni existenţiale variate.

Normalizarea înseamnă acceptarea persoanelor cu handicap aşa cum sunt ele, în cadrul societăţii normalilor, asigurându-le aceleaşi drepturi, responsabilităţi şi posibilităţi de afirmare cu cele disponibile celorlalţi membri ai societăţii.

2. Serviciile speciale sunt incompatibile cu principiul normalizării.

Conform principiului normalizării, se susţine că, anumite caracteristici ale serviciilor educaţionale şi de sprijin, sunt necesare pentru a permite asigurarea unor condiţii de viaţă şi de educaţie similare cu ale celorlalţi membri ai comunităţii.

Principiul normalizării indică faptul că, persoanele cu handicap mintal ar trebui să aibă acces la acele forme de asistenţă specială suplimentară de care au nevoie, astfel încât, să ia parte la viaţa normală în acelaşi mod în care serviciile speciale sunt furnizate celorlalţi membri ai societăţii.

Acolo unde este posibil, este necesară utilizarea unor „servicii comune şi generale". Uneori, anumite servicii speciale, chiar benefice, pot, mai degrabă, diminua decât intensifica asigurarea condiţiilor pentru o existenţă normală încurajând de fapt segregarea .

Organizarea administrativă a serviciilor respective e secundară în această problemă.

„Sunt de preferat, în această situaţie, formele şi structurile administrative mai puţin restrictive (**Nirje**, 1980), deoarece asigură, în principal, realizarea integrării în societate" (*apud* **Popovici, D. V.**, 1999).

3. **Normalizarea sprijină indivizii într-o societate care nu oferă sprijinul necesar.** Aşa cum arată Nirje, în 1980, normalizarea implică şase forme diferite de integrare, situate pe niveluri diferite, de la simplu la complex.

Amplasarea fizică a indivizilor cu handicap, în cadrul comunităţii sau societăţii, este insuficientă şi nu determină, prin ea însăşi, fără asigurarea serviciilor corespunzătoare, normalizarea acestora. Deci plasarea în comunitate trebuie făcută cu asigurarea serviciilor de sprijin necesare pentru a nu fi compromise efectele benefice ale activităţilor de normalizare. 4. **Normalizarea este o teorie care se aplică sub toate formele sale sau deloc.** Este răspândită ideea după care teoria normalizării se referă, în principal, la asigurarea existenţei independente în totalitatea ei.

Există, însă, o aplicare graduală a acestui principiu, presupunând o serie de niveluri intermediare de normalizare. Atingerea acestor niveluri se realizează prin acordarea unui sprijin diferenţiat şi crearea de structuri variate, ce depind de nevoile individuale ale fiecărei persoane.

Normalizarea se poate aplica, de aceea, şi pentru îmbunătăţirea condiţiilor şi asigurarea progresului în organizarea mediului instituţional.

5. **Principiul normalizării este aplicabil numai persoanelor cu handicap mintal.**

Principiul este aplicabil tuturor persoanelor cu handicap, indiferent de categoria de handicap din care fac parte. Aplicarea acestui principiu permite proiectarea de programe pentru toate categoriile de indivizi cu handicap (inclusiv pentru cei cu polihandicapuri). Aceste programe au drept obiectiv, antrenarea acestor persoane în scopul adaptării la diverse situaţii de existenţă şi însuşirea unor modele de comportament, cât mai apropiate de cele ale normalilor.

6. **Persoanele cu handicap mintal trebuie protejate de rigorile vieţii sociale.**

Această concepţie greşită a stat la baza creării unor instituţii specializate, destinate protejării lor, prin asigurarea unor condiţii de existenţă diferite de cele din cadrul societăţii.

Această viziune este, în momentul de faţă, puternic contestată în multe ţări ale lumii.

Dybad (1982), de exemplu, a arătat că, deprinderile şi capacităţile persoanelor cu handicap au fost subestimate. El a demonstrat că, în funcţie de condiţiile de şcolarizare, ele pot atinge niveluri de funcţionare nebănuite (fapt confirmat şi de cercetările lui Gold, 1982) (*apud* **Popovici, D. V.**, 1999).

Numeroşi subiecţi (consideraţi irecuperabili), scoşi din instituţii (restrictive), au demonstrat capacitatea de a funcţiona adecvat ca oameni şi au exprimat o clară preferinţă pentru acest fel de viaţă.

7. **Normalizarea este un concept din ţările scandinave, universal aplicabil.**

Normalizarea nu se referă la organizarea serviciilor de tip scandinav oriunde în lume, deoarece ea este neutră din punct de vedere al valorilor culturale.

Normalizarea este un principiu care se va aplica diferenţiat în diverse culturi, deoarece există diferenţe între ceea ce constituie modele normale de viaţă şi posibilitatea lor de a fi asigurate de la o societate la alta.

Acest principiu se poate aplica, cu uşurinţă, şi în ţările în curs de dezvoltare, care nu au o structură încă bine conturată de facilităţi şi programe de integrare în comunitate, deoarece au practicat, timp îndelungat, un sistem segregat de protecţie socială şi educaţie specială pentru persoanele cu handicap.

Deci, aplicarea principiului normalizării nu semnifică, aşa cum greşit se consideră, transferarea diverselor tipuri de servicii de sprijin scandinave în alte ţări, ci construirea unor servicii proprii, adaptate la specificul local.

8. **Normalizarea este o teorie ideală, dar impracticabilă**. Cercetările laborioase, întreprinse de diverşi cercetători (**Kebbon, Hjarpe şi Sonnander**, 1982 – *apud* **Popovici, D. V.**, 1999), cu ajutorul testelor şi chestionarelor, au evidenţiat rezultate concludente, obţinute în contexte diferite de aplicare, în practică a principiului normalizării.

Rezultă de aici că, una din marile calităţi ale principiului normalizării, se referă la „aplicabilitatea sa în practică", el furnizând numeroase idei valoroase, ce pot sta la baza acţiunilor de recuperare a persoanelor cu handicap.

În concluzie, principiul normalizării reprezintă un cadru teoretic şi practic valoros pentru proiectarea sistemului de învăţământ special şi asistenţă socială pentru persoanele cu handicap.

Aspecte ale relaţiei dintre normalizare şi integrare; aplicaţii practice ale principiului normalizării

Principiul normalizării înseamnă, în esenţă, a face disponibile tuturor persoanelor cu handicap mintal, condiţiile şi modelele de viaţă existente în cadrul societăţii normalilor.

Principiul normalizării serveşte ca instrument pentru formularea de întrebări şi răspunsuri, în legătură cu activităţile de recuperare a persoanelor cu handicap.

Principiul normalizării, după Nirje, înseamnă „că tu acţionezi corect, atunci când laşi persoana cu handicap să obţină aceleaşi sau cele mai apropiate condiţii de viaţă, pe care le-ai prefera tu, dacă ai fi în locul ei" (**Nirje, B.**, 1976).

Nirje face apel, în acest fel, la empatia celor care organizează recuperarea persoanelor cu handicap. Principiul normalizării atacă concepţia bazată pe segregare, furnizând argumentele necesare pentru demontarea teoriilor adepţilor acestei viziuni, bazată pe ideea „izolării" persoanelor cu handicap.

Consecinţele practice ale normalizării sunt concepţiile bazate pe integrare.

Nirje defineşte, în acest sens „integrarea ca bazându-se pe recunoaşterea integrităţii unei persoane, fapt care semnifică să fii tu însăţi printre ceilalţi, să fii capabil şi să ţi se permită să fii tu însăţi printre ceilalţi".

De aceea, „principiul normalizării se aplică tuturor persoanelor cu handicap, indiferent de gradul lor de handicap". El se poate aplica, de asemenea, şi grupurilor minoritare şi tuturor persoanelor dependente.

În învăţământ, integrarea se referă la asigurarea serviciilor pentru învăţământul special în cadrul învăţământului obişnuit.

Principiul normalizării este aplicabil şi util în cadrul oricărei societăţi, deoarece poate fi adaptat oricăror schimbări sociale şi dezvoltării individuale. El constituie un ghid pentru întreaga gamă de acţiuni educaţionale, psihologice, medicale, sociale şi politice din cadrul fiecărei ţări în parte .

Principiul normalizării se bazează pe date din antropologie, sociologie, psihologie şi etică.

Nirje l-a numit, într-o perioadă, subliniind valenţele sale etice deosebite, „teoria valorii descriptive", acordându-i puterea unei norme sociale.

În ţările scandinave, pe principiile normalizării s-au bazat multe lucrări de cercetare socială, extensive, cât şi de detaliu.

În continuare, teoria normalizării este testată în numeroase ţări ale lumii, urmărindu-se, prin cercetările efectuate, descoperirea mai amănunţită a avantajelor şi limitelor sale.

Implicaţii practice ale principiului normalizării.

În accepţiunea practică contemporană, principiul normalizării se referă la următoarele aspecte:

1. facilităţile rezidenţiale pentru persoanele cu handicap mintal trebuie privite simplu, ca nişte „case de copii";
2. şcolile speciale trebuie integrate cu cele normale şi tratate ca orice şcoală de masă;
3. centrele pentru adulţi cu handicap mintal trebuie privite ca orice instituţii, destinate adulţilor normali .

În acest fel, atitudinea societăţii faţă de handicapul mintal va putea deveni „normalizantă".

Principiul normalizării constituie un sprijin important pentru părinţi (şi familie, în general). Aplicarea să se concretizeze în proiectarea de diverse şcoli şi case familiale disponibile, în funcţie de nevoile persoanelor cu handicap şi ale familiei şi cât mai apropiat posibil de domiciliul acestora .

Alegerea dintre mai multe alternative posibile va ţine seama, exclusiv, de dorinţele şi nevoile celor implicaţi şi nu se va rezuma la o decizie arbitrară şi dureroasă de ordin administrativ.

Evident, consecinţele practice ale acestui principiu se referă la organizarea diferitelor forme de integrare pentru persoanele cu handicap.

Principiul integrării şi nivelurile sale structurale

Integrarea semnifică faptul că, relaţiile dintre indivizi sunt bazate pe o recunoaştere a integrităţii persoanelor, a valorilor şi drepturilor comune pe care aceştia le au.

Când lipseşte recunoaşterea acestor valori, se instalează alienarea şi segregarea dintre grupurile sociale.

Nirje spune că, „integrarea înseamnă să ţi se permită să fii capabil să fii tu însuţi printre ceilalţi". Integrarea se referă la „relaţia care se instaurează între individ şi societate" (**Nirje, B.**,1976).

Integrarea se realizează pe mai multe niveluri, de la simplu la complex. Aceste niveluri sunt următoarele:

1. integrarea fizică;
2. integrarea funcţională;
3. integrarea socială;
4. integrarea personală;
5. integrarea societală;
6. integrarea organizaţională.

1. Integrarea fizică, permite persoanelor cu handicap satisfacerea nevoilor de bază ale existenţei şi realizarea ritmurilor specifice vieţii.

Prin integrarea fizică, se asigură construirea locuinţelor în zone rezidenţiale, organizarea claselor şi grupelor în şcoli normale, profesionalizarea pe domenii diverse (inclusiv existenţa unor profesiuni şi locuri de muncă protejate pentru persoanele cu handicap), şi petrecerea timpului liber, în condiţii obişnuite.

2. Integrarea funcţională, se află în prelungirea celei fizice. Ea se referă la asigurarea funcţionării persoanei în mediul înconjurător, prin folosirea tuturor facilităţilor şi serviciilor, pe care acesta le oferă (ex. folosirea mijloacelor de transport în comun, restaurante, hoteluri etc.).

3. Integrarea socială, se referă la ansamblul relaţiilor sociale dintre indivizii cu handicap şi normali, indivizi sau grupuri sociale cu care aceştia se intersectează (vecini, colegi de serviciu, membri ai comunităţii). Aceste relaţii sunt influenţate de atitudinile de respect şi stimă, pe care trebuie să se bazeze şi de modul de interacţiune adecvat între indivizii normali şi cei cu handicap.

4. Integrarea personală, este legată de dezvoltarea relaţiilor de interacţiune cu persoane semnificative, în diversele perioade ale vieţii. Aici sunt incluse diverse categorii de relaţii, în funcţie de vârsta subiectului. De exemplu, pentru un copil sunt esenţiale relaţiile cu părinţii, rudele şi prietenii; pentru adult sunt importante relaţiile cu rudele, prietenii, soţ/soţie şi proprii copii.

Un copil, mutat din familia de apartenenţă, este traumatizat prin segregare şi pierde elemente esenţiale ale integrării personale.

Un adult, care nu se poate muta din casa părinţilor şi nu poate duce o existenţă independentă, conform vârstei, pierde aspecte esenţiale legate de integrarea personală.

La fel se întâmplă şi cu un adult privat de la căsătorie, acesta suferă în integrarea sa personală.

Rezultă că, pentru o integrare eficientă, se impun anumite condiţii, şi anume, pentru un copil existenţa unor relaţii cât mai apropiate cu familia, iar pentru un adult, asigurarea unei existenţe demne, cu relaţii diverse în cadrul grupurilor sociale din comunitate.

5. Integrarea societală, se referă la asigurarea de drepturi egale şi respectarea autodeterminării individului cu handicap.

Adesea, grupurile de persoane cu handicap sunt tratate diferit faţă de ceilalţi cetăţeni. Deciziile cu privire la persoanele cu handicap trebuie să le aparţină în totalitate. Chiar şi persoanele cu handicap mintal trebuie consultate temeinic în legătură cu opţiunile lor de natură educaţională şi existenţială .

Posibilităţile de exprimare la nivel de grup, trebuie respectate, la fel cu cele ale celorlalte grupuri sociale.

6. Integrarea organizaţională, se referă la formele şi structurile organizatorice, care sprijină integrarea persoanelor cu handicap în interiorul societăţii (asigurând, în acelaşi timp, celelalte forme de integrare).

Se recomandă, ca serviciile publice generale să fie organizate în aşa fel, încât să răspundă nevoilor tuturor indivizilor din societate.

În situaţiile când, specializarea serviciilor pentru persoanele cu handicap, nu poate fi asigurată în interiorul serviciilor obişnuite sau când nu există serviciile necesare în cadrul celor generale, serviciile speciale trebuie dezvoltate şi modelate după caracteristicile serviciilor generale şi aliniate, pe cât posibil, la standardele acestora.

În concluzie, transpunerea în practică a integrării, necesită desfăşurarea unui sistem de acţiuni închegat, din domenii diverse: psihologic, pedagogic, sociologic, organizatoric, juridic, politic şi al asistenţei sociale .

Acţiunile respective trebuie desfăşurate, începând de la nivelul individual, până la cel social, urmărindu-se, în final, schimbarea societăţii pe ansamblu şi transformarea ei într-o societate capabilă să asigure integrarea persoanelor cu cerinţe speciale în interiorul ei sau aşa cum se preconizează în prezent "o societate pentru toţi".

Principiul incluziunii şi implicaţiile sale practice în educarea elevilor cu CES

Aplicarea, în ultimele două decenii, în ţările dezvoltate, a principiilor normalizării şi integrării, a determinat apariţia, la începutul anilor '90, a unui principiu mai cuprinzător, care lărgeşte sfera de cuprindere a celor anterioare, şi anume, **principiul incluziunii.**

El se bazează pe extinderea aplicării drepturilor omului şi pentru persoanele cu handicap în vederea asigurării egalităţii şanselor şi printr-o discriminare „pozitivă" a acestora .

Incluziunea se referă la faptul că, oricine, indiferent de deficienţa sau de dificultăţile pe care le întâmpină în învăţare, trebuie tratat ca un membru al societăţii, iar diversele servicii speciale, de care are nevoie, trebuie furnizate în cadrul serviciilor sociale, educaţionale, medicale generale puse la dispoziţie tuturor membrilor societăţii.

Incluziunea este, deci, un concept mai larg, care se referă atât la integrarea copilului cu handicap mintal în sistemul educaţional, cât şi al celui comunitar, în ansamblul său. Considerăm că, între conceptele de incluziune şi integrare, există o diferenţă graduală de nuanţă, primul subsumându-l pe cel de-al doilea, aşa cum o noţiune generală este supraordonată unei noţiuni speciale.

J. T. Hall, (*apud* **Popovici, D. V.**, 1999) elaborează, în acest sens, o definiţie mai clară şi nuanţată, arătând că, "incluziunea totală a unui copil cu deficienţe, presupune ca acesta să fie membru deplin într-o clasă, cu elevi de vârsta apropiată, în şcoala locală, făcând aceleaşi lecţii ca şi ceilalţi elevi. De asemenea, copilul cu nevoi speciale are prieteni, cu care să-şi petreacă timpul în afara orelor de curs, plus alţii cărora să nu le fie indiferent şi să lucreze mult pentru a-l ajuta pe copil, să fie pe deplin inclus în viaţa comunităţii, folosind serviciile generale ale societăţii, împreună cu ceilalţi cetăţeni".

În viziunea autorului, elaborarea unui program educaţional pentru un copil cu cerinţe speciale, se desfăşoară conform tabelului de mai jos (**Hall**, 1992 – *apud* **Popovici, D. V.**, 1999).

Obiectivul final al oricărei activităţi de integrare, îl reprezintă, de fapt, o incluziune totală a persoanei cu handicap. Pentru atingerea acestui obiectiv, este necesară rezolvarea problemelor legate de respingerea socială, pe care persoanele cu handicap o întâmpină din partea societăţii.

Elaborarea unui program educaţional pentru copilul cu ces (**Hall.** ***apud*** **Popovici, D. V., 1999)**

Felul în care vezi lucrurile	**Nevoile**	**Serviciile**	**Metode, deprinderi şi procese**	**Securitatea pentru cei ce învaţă**
Ce viaţă i-ar fi pe plac?	Care sunt cerinţele pentru o viaţă adevărată care merită trăită?	Ce poate furniza o şcoală sau un colegiu?	Cum îşi poate o şcoală sau un colegiu furniza serviciile?	Paşii de care este nevoie pentru a proteja interesele celor ce învaţă.
A trăi o viaţă în comunitate şi să interacţione zi cu ceilalţi • Învăţa-re şi creşte-re • Facilita-rea provo-cărilor • Reali-zarea de priete-nii • Contri-buirea la viaţa şcolii şi a comu-nităţii	*Să fii iubit şi în siguranţă, să ai noi experienţe, să primeşti laude şi recunoaş-tere şi să ai responsabi-lităţi* • Relaţii de dragoste strânse • Ajutor şi protecţie • Provo-cări • Realizări • Şansa de a face alegeri • Ocazii pentru noi experien-ţe	*Un mediu de învăţare bogat, cu o diversitate de copii care învaţă în aceeaşi comunitate* • Şansa de a-ţi petrece timpul cu alţii • Plănuirea unui program individual de muncă care ţine seama de nevoile suplimen-tare proprii • Timp şi spaţiu pentru a-i ajuta pe	*Predarea personalului şi sprijinirea diversităţii celor care învaţă să înveţe ceea ce s-a căzut de acord a fi important, prin metode cunoscute prin eficienţa lor* • Folosirea personalu-lui pentru a învăţa copiii şi tinerii în acord cu curriculum-ul • Evaluarea progrese-lor celor ce învaţă şi modifica-rea metodelor folosite pentru	*Prin recunoaşterea că acolo vor fi presiuni continue pentru a rezista,prin incluziunea deplină a celor ce învaţă, iar şcoala/colegiul va fi atent(ă) în protejarea drepturilor celor ce învaţă pentru a rămâne pe deplin membri participanţi în comunitatea celor ce învaţă* • Să fii conştient de tendinţa de a-i regresa pe cei ce învaţă • Munca conştiincioasă de a construi relaţii mai adânci şi mai de durată, atât cu alţii care învaţă cât şi cu comunitatea • Dezvoltarea unei politici pentru a educa comunitatea cu privire la

• Dobândirea altor înţele-suri ale propri-ilor nevoi • Cunoaşterea de sine, a valorii proprii • A avea un viitor	• Asuma-rea unor riscuri rezonabi-le • Să fii acolo, să conteze dacă tu eşti absent • Să te implici în relaţii cu cei de aceeaşi vârstă • Să împărtă-şeşti gânduri, sentimente, vise	cei ce învaţă ceea ce alţii cred şi simt • O introduce-re în propria cultură şi în alte culturi: valorile şi credinţele lor, felul lor de a face anumite lucruri şi conferirea de sens condiţiei umane	a asigura succesul tuturor copiilor • Furnizarea oportunită-ţilor de învăţare prin aranjamentele pe grupe potrivite ca vârstă • Asigurarea continuită-ţii unui program relevant de-a lungul diferitelor faze ale educaţiei	nevoile oamenilor vulnerabili

Reacţia de respingere se produce la niveluri diferite, necesitând modalităţi de rezolvare specifice, după cum reiese din tabelul de mai jos (după **E. Verza** şi **J. Holst**, 1998).

Niveluri de respingere socială

Niveluri la care apare respingerea socială	Modalităţi de rezolvare
Individual	**Individual**
* din partea colegilor, rudelor etc.	* prin sfătuirea şi ajutarea concretă a părinţilor şi şcolilor, astfel încât acestea să poată media integrarea socială a copiilor lor; * ajutându-l pe copil să aibă o varietate de experienţe în interiorul şi în afara şcolii
Organizaţional	**Organizaţional**
* din partea şcolilor, cluburilor etc.	* ajutând sistemul educaţional normal să coopereze în direcţia dezvoltării unei integrări mature

Societal	Societal
* copilul cu nevoi speciale este văzut ca fiind, altfel, diferit de ceilalţi, neaparţinând societăţii	* prin îmbunătăţirea imaginii serviciilor şi a beneficiarilor; * stimularea ocaziilor de interacţiune cu publicul.

Reacţia de acceptare, cu care se finalizează acest proces complex, care o anulează, în final, pe cea de respingere şi determină incluziunea persoanei respective, a fost prezentată de Ritchie (*apud* **Popovici, D. V.,** 1999).

Factorii incluziunii

Incluziunea nu este numai o sarcină pentru profesori. Deşi foarte mult depinde de atitudinea profesorului faţă de copilul cu nevoi speciale şi de evaluarea, pe care acesta o face în vederea adaptării curriculare, incluziunea copiilor cu nevoi speciale necesită schimbări la diferite niveluri ale învăţământului. În literatura de specialitate, care tratează procesul incluziunii, se pot găsi numeroase sugestii legate de predare şi de practică la clasă, de organizarea şcolilor şi de un sistem de factori, de implementarea cărora depinde buna desfăşurare a educaţiei incluzive. S. J. Pijl şi C. J. W. Meyer, (*apud* **Popovici, D. V.**, 1999) descriu următorii factori (nu înainte de a vorbi despre cadrul în care aceştia se dezvoltă): se consideră că educaţia incluzivă depinde de ceea ce fac profesorii în clasă, de modul în care şcoala îşi organizează educaţia şi de un număr de factori exteriori şcolii.

Profesorul

Modul în care profesorul realizează incluziunea în clasă depinde, în mare măsură, de atitudinea lui faţă de copiii cu nevoi speciale şi de resursele disponibile pentru învăţarea acestora. Aceste resurse sunt considerate a fi metodele de predare, materialele utilizate, timpul disponibil pentru instruire, cunoştinţele şi deprinderile profesorilor, dobândite prin educaţia şi instruirea personală. Spre deosebire de ceilalţi elevi, cei cu CES au nevoie de un timp de instruire prelungit, folosirea unor metode de predare adaptate nevoilor lor şi cunoştinţe profesionale specifice .

Pentru a avea mai mult timp, profesorii pot apela, fie la sprijinul unor asistenţi, fie încurajează activitatea individuală a elevilor cu performanţe superioare pentru a asigura sprijinirea reciprocă dintre elevi. Folosirea materialelor se poate face prin adaptarea şi multiplicarea celor obişnuite la posibilităţile copilului (de exemplu, mărirea unui text), prin fotocopiere. În ceea ce priveşte îmbunătăţirea cunoştinţelor faţă de problematica copiilor cu nevoi speciale, profesorii pot apela la ajutorul şi sprijinul echipelor de consultanţă şi la alţi specialişti.

Şcoala

Deşi vorbim de incluziune, nu putem elimina din structura organizării învăţământului sistemul de şcoli speciale. Experienţa, cunoştinţele şi facilităţile acestui sistem pot fi puse la dispoziţia şcolii obişnuite. Ne referim, aici, la sprijinul din partea echipelor de specialitate, la terapeuţi, la biblioteci, care conţin informaţii despre metodele şi tehnicile specifice de predare-învăţare, pentru copilul cu nevoi speciale. De asemenea,

cooperarea dintre şcolile normale şi cele speciale este utilă în vederea găsirii celor mai bune modalităţi de a educa copiii cu CES. În concluzie, organizarea educaţiei incluzive, la nivelul şcolii, implică:

1. o structură care să furnizeze servicii speciale în şcoli;
2. educaţie special adaptată ;
3. alte sisteme de sprijin;
4. descentralizare;
5. cooperare între şcoli.

Şcoala incluzivă - şcoală eficientă pentru toţi

Şcoala incluzivă valorifică interdependenţa, dintre elevi dar şi independenţa acestora. Ea îşi valorizează elevii, personalul şi părinţii, fiind o comunitate a celor care învaţă. O şcoală incluzivă vede potenţialul fiecărui elev, considerându-l dotat într-un fel sau altul. De asemenea, şcoala incluzivă asigură diversitatea umană. Aici, atenţia se îndreaptă asupra modalităţilor de ajutorare a copiilor, venind în întâmpinarea nevoilor fiecărui elev din şcoală, astfel încât, acesta să se simtă valorizat. Un alt principiu al şcolii incluzive este acela, că o predare bună este eficientă atunci când fiecare copil poate învăţa, dacă i se crează condiţiile necesare, dacă e încurajat şi dacă i se facilitează participarea la activităţi care au sens pentru el. Curriculum-ul şi activităţile de învăţare zilnică, din şcoala incluzivă, se bazează pe toate cunoştinţele legate de un proces eficient de predare-învăţare adaptat nevoilor fiecărui elev .

Rutter, referindu-se la ceea ce face ca şcolile să fie bune, spunea că acestea „stabilesc standarde bune, unde profesorii furnizează modele pozitive de comportament, unde elevii sunt lăudaţi şi li se oferă ocazii de a-şi asuma responsabilitatea, unde condiţiile generale de învăţare sunt bune, iar lecţiile sunt bine coordonate". **(Popovici, D. V., 2007, pag. 82)**

Caracteristicile acestor şcoli eficiente sunt descrise de Mel Ainscow, (1999), în lucrarea sa „Effective School for All", astfel:

1. Conducerea centrată pe persoana directorului şcolii – directorii şcolilor eficiente se implică activ în activitatea şcolii, fără a exercita un control total;

2. Implicarea grupurilor de presiune – foştii absolvenţi (ca grupuri de presiune), pot juca un rol foarte important în dezvoltarea eficienţei unei şcoli;

3. Implicarea profesorilor – efecte pozitive sunt evidenţiate în şcolile în care profesorii se implicau în planificarea curriculară şi în alte aspecte ale procesului decizional;

4. Consistenţa legăturii între profesori – acolo unde profesorii sunt preocupaţi de colaborare şi atingerea obiectivelor directoare propuse, s-a observat un progres pozitiv al copiilor;

5. Structurarea secvenţelor didactice – se realizează atunci când profesorii îşi planifică munca şi sunt bine organizaţi;

6. Încurajarea predării intelectualizate – se materializează prin întrebările şi răspunsurile, ordonate la un nivel superior, care îi încurajează pe elevi să fie creativi şi să rezolve astfel problemele, ceea ce conduce la progresul copiilor;

7. Mediul centrat pe muncă – clasele eficiente sunt permanent ocupate şi activităţile desfăşurate acolo urmăresc un scop bine precizat. Profesorul petrece mai mult timp pentru a discuta conţinutul activităţii;

8. Atenţie limitată în timpul sesiunilor – învăţarea este facilitată atunci când profesorii se concentrează pe unul sau două subiecte, în timpul lecţiilor. Când apar mai multe activităţi, atenţia profesorilor se divizează şi se implică mai mult în organizarea clasei, decât în activitatea în sine;

9. Comunicarea maximă între profesori şi elevi – vorbind cu toată clasa sau cu grupuri de elevi, profesorii măresc numărul de contacte cu elevii, crescând în felul acesta eficienţa activităţilor;

10. Evidenţa strictă – acest aspect al planificării şi evaluării, pe care profesorul o face, are un efect pozitiv asupra elevilor. Evidenţele includ date referitoare la dezvoltarea socială a elevilor, progresul lor individual şi întrebările pe care aceştia le au vis-a-vis de anumite probleme;

11. Implicarea părinţilor – se realizează printr-o politică informală a uşilor deschise, prin ajutorul părinţilor ca parteneri în procesul de educaţie, prin organizarea întâlnirilor cu părinţii, pentru a discuta progresul copiilor, ceea ce promovează eficienţa şcolii;

12. Atmosfera pozitivă – profesorii cu o atitudine pozitivă în timpul orelor şi care manifestă interes faţă de elevi cresc, în mod vizibil, progresul individual al acestora.

Factorii incluziunii educaţionale eficiente

O serie de specialişti din ţările cu tradiţie în domeniul educaţiei incluzive au analizat care sunt factorii care asigură succesul acestui tip de educaţie la nivelul fiecărei organizaţii şcolare. În mod sintetic, aceste elemente se referă la :

1. pregătirea preşcolarului cu handicap pentru incluziunea şcolară prin participarea la o serie de activităţi de grup alături de normali (în grădiniţe, cercuri sportive, activităţi în comunitate) încă de la această vârstă fragedă;
2. evaluarea comprehensivă şi multidisciplinară a elevului cu handicap, înainte de trimiterea sa în şcoala incluzivă;
3. consilierea familiei elevului cu handicap, în legătură cu avantajele şi limitele incluziunii educaţionale;
4. precizarea exactă a locului şi rolului proiectului de incluziune educaţională a elevului cu handicap în cadrul proiectului pedagogic general al şcolii incluzive;
5. cunoaşterea poziţiei directorului şcolii incluzive faţă de procesul de incluziune educaţională (contează foarte mult dacă directorul sprijină în totalitate sau are anumite reticenţe faţă de acest proces);
6. informarea cadrelor didactice cu privire la principalele aspecte teoretice şi metodice ale incluziunii educaţionale pentru fiecare caz în parte;
7. modul de implicare al profesorilor în procesul de incluziune educaţională (capacitatea acestora de a individualiza predarea şi a elabora programe educative personalizate eficiente);
8. cooperarea cu echipele interdisciplinare, care asigură serviciile de educaţie incluzivă pentru evaluarea elevilor cu handicap şi de asistenţă

psihopedagogică, în vederea elaborării de programe de intervenţie şi recuperare;
9. implicarea familiei elevului cu handicap în activităţile de evaluare şi alcătuire a programelor educative personalizate pentru propriul copil;
10. informarea şi pregătirea elevilor clasei pentru a sprijini şi interacţiona corespunzător cu elevul cu handicap care urmează să fie inclus în clasa respectivă;
11. consilierea părinţilor elevilor normali din clasa unde urmează să fie inclus elevul cu handicap, în vederea prevenirii reacţiilor de respingere faţă de procesul de incluziune.

Rezultă, din cele arătate mai sus, faptul că procesul de incluziune la nivelul instituţiei şcolare este deosebit de complex şi cu o determinare multifactorială, motiv pentru care necesită o pregătire prealabilă îndelungată şi pe multiple planuri.

Principiul dezinstituţionalizării

Principiul dezinstituţionalizării poate fi interpretat în două accepţiuni majore :

1. În primul rând, acesta se referă la „scoaterea persoanelor cu nevoi speciale din cadrul unor medii formale, special destinate asistării lor suportiv-corective, terapeutic educative de tip: internat, staţionar, spital, şcoală specială, casă de copii etc. şi dispersarea lor în medii sociale cât mai apropiate de primul mediu natural firesc al fiecărui individ" (Jourdan M.-Ionescu, 1995, *apud* Ungureanu, D., 2000, pag. 153);
2. În al doilea rând, acesta se referă la micşorarea drastică a numărului de persoane cu nevoi speciale din instituţii până la transformarea acestora în instituţii de mici dimensiuni de tip rezidenţial familial cu o medie de 10-12 asistaţi.

O altă conotaţie a acestei ultime direcţii se referă la „remodelarea cadrului fizic al instituţiilor prin încercarea de îmbunătăţire a calităţii programelor rezidenţiale şi de reabilitare" (**M. Livius,** 2000, pag. 237).

Adoptarea principiului dezinstituţionalizării a urmărit să înlăture urmările nefaste pe care le-a exercitat instituţionalizarea în instituţii separate asupra dezvoltării personalităţii indivizilor cu handicap.

Este cunoscut în psihologie modelul dinamic al schimbării, care explică dezvoltarea personalităţii în relaţie cu mediul. Conform acestui model – 1) mediul este dezvoltat de persoane; – 2) persoanele se dezvoltă sub influenţa mediului de apartenenţă şi – 3) persoanele şi mediul interacţionează în permanentă şi se schimbă constant în urma interacţiunii lor.

Kurt Lewin a extins, nuanţat, acest model, introducând formula C = f(P,M), adică, „comportamentul (C) este funcţie a personalităţii (P) şi a mediului (M)" (**Popovici, D. V.**, 1999, pag. 43). Principalul merit al lui Lewin a fost acela că a atras atenţia asupra erorii tratării izolate a personalităţii, fără a fi luate în seamă influenţele profunde, pe care le exercită mediul asupra dezvoltării sale. Din interpretarea acestei teorii, rezultă că, peste caracteristicile de specificitate ale personalităţii handicapatului, se adaugă noi elemente, determinate de mediul de existenţă al acestuia.

În anumite situaţii, factorii de mediu pot determina diferenţe profunde între diversele tipuri de personalităţi retardate mintal, în funcţie de caracteristicile lor şi de perioada de timp în care acţionează.

Pe această linie merg şi observaţiile lui Benght Nirje, teoretician de seamă al principiului normalizării, care priveşte retardul mintal nu ca pe un simplu handicap, ci ca pe o asociere de trei handicapuri. Aceste handicapuri sunt :

1. handicapul mintal al individului;
2. handicapul provenit din conştientizarea întârzierii mintale;
3. handicapul dobândit sau impus.

1. Handicapul mintal al individului – include deficienţele cognitive, tulburările de învăţare, sentimentele de frustrare şi eşec determinate de lipsa de răbdare şi înţelegere din partea celorlalţi membrii ai societăţii.

2. Handicapul provenit din conştientizarea întârzierii mintale – se referă la viaţa interioară a persoanei cu retard mintal. El este exprimat prin concepţii despre sine distorsionate, izolare psihică, trăire exacerbată a problemelor personale, definirea neclară a poziţiei sale faţă de ceilalţi parteneri de viaţă.

Conştientizarea handicapului complică, în mod deosebit procesul de dezvoltare a propriei personalităţi.

3. Handicapul dobândit sau impus – se referă la tulburările apărute în comportamentul persoanei cu handicap mintal, datorită imposibilităţii adaptării acesteia la condiţiile de mediu ale societăţii, în general, sau datorită atitudinii eronate a părinţilor, educatorilor sau altor persoane implicate în procesul de recuperare. Aici, trebuie incluse aspectele legate de condiţiile instituţionale, lipsa contactelor sociale, lacunele în pregătirea culturală şi profesională şi izolarea de comunitate. Toate cele trei handicapuri menţionate se află în strânsă legătură şi se influenţează reciproc, interacţionând într-o structură comună, care este, de fapt, personalitatea individului.

Deci, cel mai susceptibil de schimbări este handicapul dobândit, imputabil modului de organizare al instituţiilor şi societăţii, în general.

Reducerea handicapului dobândit va determina reducerea sau atenuarea celorlalte două tipuri de handicap, pe care persoana cu handicap mintal, le va suporta, în acest caz, mai uşor.

Aspectele legate de influenţa negativă, pe care o exercită mediul instituţional asupra formării personalităţii indivizilor cu retard mintal, au fost cercetate şi în psihologia americană contemporană.

Astfel, E. Ziegler şi David A. Balla (1977), de la Universitatea Yale, au scos în evidenţă faptul că, anumite caracteristici ale instituţiilor influenţează comportamentul persoanelor cu retard mintal din cadrul acestora.

În acest sens, ei au demonstrat că, cu cât o instituţie este mai mare şi mai izolată de comunitate, cu atât mai mult determină creşterea motivaţiei asistaţilor pentru sprijin şi asistenţă din partea personalului din respectiva instituţie; un exemplu în acest sens ar fi unele şcoli supradimensionate din ţara noastră, care se află în această situaţie.

În instituţiile mari, copiii cu handicap mintal sunt mai deprivaţi de influenţa socială benefică, decât în cele mici, de tip comunitar şi familial.

Autorii menţionaţi au demonstrat că, există o legătură evidentă între mărimea instituţiilor şi comportamentul predictibil al subiecţilor instituţionalizaţi.

Deprivarea asistaţilor de experienţele vieţii în afara instituţiilor, în comunitate, duce la instaurarea unei stări de dependenţă accentuată faţă de personalul din instituţii. Acestea se manifestă, mai ales atunci când cadrele didactice din instituţii realizează întărirea comportamentului asistaţilor prin reacţii verbale şi comentarii permanente.

Deprivarea socială determină tulburări profunde, în planul personalităţii, ducând la modificări care se referă la instaurarea unei stări de apatie, retragere în sine, diminuarea simţului responsabilităţii, în lipsa îndrumărilor continue ale educatorilor. Toate aceste aspecte au fost puse în evidenţă în urma unor cercetări laborioase, care au inclus utilizarea unor chestionare şi teste de personalitate complexe, elaborate de Spitz, Wolf şi Bowlby .

Soluţia alternativă la constituirea, în mediul instituţional, a unei legături permanente şi strânse între copil şi educator, este reducerea numărului şi duratei interacţiunilor la strictul necesar.

Această nouă atitudine ar determina, după Ziegler, îmbunătăţirea autonomiei personalităţii copiilor retardaţi din instituţii. De asemenea, considerăm că ea determină creşterea simţului responsabilităţii acestor copii.

Precauţia care trebuie avută în vedere, în cadrul adoptării acestei noi atitudini, constă în evitarea exagerării de a nu-i acorda nici un sprijin copilului retardat mintal, dându-i o autonomie totală în activităţile sale.

În aceeaşi ordine de idei, studiile efectuate de numeroşi psihologi americani au dus la concluzia că, instituţiile pot deveni adevărate medii retardante. Analizele efectuate în acest sens au pus în evidenţă numeroase diferenţe, care ţin de însăşi organizarea lor, printre acestea, cel mai des menţionate au fost caracteristicile de rigiditate, conformism şi strictă organizare, care determină o predictibilitate dusă până la automatism a existenţei în cadrul unei instituţii. Acest mediu determină, în comportamentul copiilor cu handicap mintal, instaurarea incompetenţei sociale, datorită absenţei spontaneităţii, accentuării conformismului şi a lipsei de iniţiativă în acţiunile proprii.

Este evident faptul că, modificările de comportament enumerate îşi au originea în dezechilibrul creat de structurile de personalitate, specifice ale subiecţilor şi aceasta se realizează, cu precădere, când avem în vedere o instituţionalizare îndelungată.

Constituirea unei noi structuri de personalitate, de tip instituţional, are o influenţă negativă, vizibilă mai ales în momentul integrării tânărului în viaţa socială, deci într-un mediu mai puţin organizat şi predictibil.

Ţinând cont de teoria lui Nirje, despre acumularea a trei categorii de handicapuri, în cadrul personalităţii individului cu handicap mintal, procesul semnalat determină, în final, accentuarea stării de handicap.

Se remarcă, de asemenea, dezvoltarea în interiorul instituţiilor a unui comportament pe bază de imitaţie, în vederea conformării şi respectării unor regulamente stricte. În cadrul structurării unui astfel de comportament, oarecum liniar şi stereotip, sunt reduse situaţiile de conflict şi rezolvarea individuală de probleme caracteristice existenţei din viaţa cotidiană, fapt care va îngreuna adaptarea ulterioară la viaţa socială.

Ziegler şi Balla (1977) au demonstrat că există diferenţe de comportament din cauza unei structuri diferenţiate a personalităţii copiilor care au fost instituţionalizaţi, încă de la începutul existenţei lor şi cei care au fost educaţi în comunitate şi familie şi apoi introduşi în cadrul instituţiilor pentru persoane cu retardaţi mintal. Cercetările efectuate de autorii respectivi au demonstrat faptul că, aceste diferenţe se menţin, chiar dacă

comportamentul subiecţilor în cauză este evaluat după o lungă perioadă de instituţionalizare.

Un alt aspect, semnalat de King , este legat de diferenţele dintre comportamentul copiilor, în funcţie de tipul de instituţie în care se realizează procesul lor de recuperare.

Autorul amintit a studiat comportamentul copiilor care trăiesc în micile instituţii rezidenţiale în cadrul comunităţii şi în cele de mari dimensiuni. Din cercetările efectuate a rezultat prezenţa unui avans considerabil în sfera capacităţii de comunicare verbală şi maturităţii deprinderilor de viaţă cotidiană, în favoarea copiilor cu retard mintal, a căror existenţă se desfăşoară în instituţiile comunitare mici, faţă de cei din instituţiile de dimensiuni mari.

Evident că, instituţionalizarea nu generează handicapul mintal, dar un mediu sărac în contacte sociale şi stimulări nu poate contribui la recuperarea personalităţii sale dizarmonice.

Principiul dezinstituţionalizării trebuie aplicat în practică împreună cu principiul mai radical al noninstituţionalizării cu care se află într-o strânsă legătură practică.

„Noninstituţionalizarea reflectă angajarea totală, fără compromisuri de eforturi sistematice şi reversibile pe lina descurajării plasamentului instituţional ori de câte ori este posibil. Avantajele caracteristice acestei opţiuni vizează atât necesitatea evitării efectelor negative ale îngrijirii în instituţii (etichetare, excludere socială), cât şi implicarea comunităţii în procesul respectiv." (**Manea L.**, 2000, pag. 238).

În concluzie, în ciuda eforturilor mari legate de pregătirea comunităţilor pentru a deveni cât mai incluzive pentru a acorda serviciile sociale şi educaţionale indispensabile persoanelor cu nevoi speciale, acest scop merită atins cu prisosinţă pentru a se asigura valorizarea superioară a acestor categorii de persoane de pe poziţia de cetăţeni cu drepturi egale cu ale celorlalţi membri ai societăţii.

Principii ale educaţiei integrate din România

În acest paragraf, vom prezenta, succint, câteva principii care se referă la educaţia integrată şi se regăsesc în două acte normative importante cu privire la organizarea învăţământului special românesc.

În acest sens, ultimul regulament, privind organizarea şi funcţionarea învăţământului special românesc (aprobat de MEC prin Ordinul 4217/1999), ţine seama de standardele reglementate prin numeroase documente internaţionale, o parte însemnată dintre ele fiind ratificate şi de către ţara noastră.

De asemenea, în cadrul regulamentului sunt prezentate principiile pe care urmează să se bazeze educaţia specială din ţara noastră. Considerăm că, aceste principii sunt aplicabile în aceeaşi măsură şi educaţiei integrate. Aceste principii sunt:

Principiul prevenirii deficienţelor, incapacităţilor şi handicapurilor, conform căruia, se are în vedere necesitatea unei mari diversităţi de acţiuni specializate în domeniul sănătăţii şi educaţiei;

Principiul intervenţiei educaţionale precoce, care presupune ca evaluarea şi intervenţia psihopedagogică să fie cât mai timpurie, în raport cu identificarea cerinţelor speciale;

Principiul educaţiei globale şi individualizate a copilului cu cerinţe educative speciale, care presupune valorificarea tuturor capacităţilor şi disponibilităţilor cognitive, psihomotorii, afectiv-relaţionale şi social-adaptative existente sau potenţiale la un anumit copil;

Principiul drepturilor şi şanselor egale, care presupune că activitatea în favoarea copiilor cu handicap vizează, atât satisfacerea egală a necesităţilor individuale, cât şi eliminarea unor obstacole sociale. Conform acestui principiu, dreptul la participarea şi integrarea copiilor cu deficienţe în învăţământul de masă trebuie să beneficieze de asistenţă psihopedagogică şi de specialitate, acordată de profesori de sprijin/itineranţi.

Alte principii care stau la baza educaţiei speciale integrate sunt cuprinse în Ordinul 5379/25.11.2004 al Ministerului Educaţiei şi Cercetării, prin care se emite o nouă metodologie de organizare şi funcţionare a serviciilor educaţionale cu ajutorul cadrelor didactice de sprijin itinerante, pentru copiii cu CES şcolarizaţi în învăţământul de masă .

Acestea sunt :

a) Garantarea dreptului la educaţie al oricărui copil
- Copiii au dreptul să înveţe împreună, indiferent de dificultăţi şi de diferenţe;
- Fiecare copil este unic şi are un anume potenţial de învăţare şi dezvoltare;
- Şcoala şi comunitatea asigură şanse egale de acces la educaţia pentru toţi copiii.

b) Asigurarea de servicii specializate, centrate pe nevoile copiilor cu CES
- Corelarea tipurilor de educaţie şi a formelor de şcolarizare în funcţie de scopul educaţiei, obiectivele generale şi specifice, precum şi de finalităţile educaţiei;
- Asigurarea conexiunii educaţionale prin activităţi complexe.

Ordinul specifică şi finalitatea educaţiei speciale care este aceea de a crea condiţiile unei bune integrări sociale şi profesionale a persoanelor cu nevoi speciale, precum şi faptul că integrarea şcolară a copiilor cu CES este fundamentală pentru realizarea scopurilor generale ale educaţiei speciale.

Modele de organizare ale educaţiei integrate

În multe ţări, s-a căzut de acord asupra faptului că, elevii cu handicap au dreptul legal de a învăţa alături de copiii normali, în aceeaşi şcoală.

În ultima sută de ani, s-a creat o varietate de modele, în vederea îndeplinirii acestui obiectiv. Modelele reprezintă grade variate de integrare, de la integrarea parţială la cea totală.

Modelele cele mai extinse, în plan mondial, sunt următoarele:

1. Modelul cooperării şcolii speciale cu şcoala incluzivă;
2. Modelul bazat pe organizarea unei clase speciale pentru elevii cu handicap în şcoala incluzivă;

3. Modelul bazat pe folosirea unei camere de instruire şi resurse separate, în cadrul şcolii incluzive;
4. Modelul bazat pe un profesor itinerant, specializat în activitatea cu elevii cu handicap, care deserveşte şcoala obişnuită;
5. Modelul comun, bazat pe profesor itinerant specialist în activitatea cu elevii cu handicap, care deserveşte toţi copiii cu handicap dintr-o anumită zonă geografică (**Mc Call Steve**, 1990).

1. Cooperarea şcolii speciale cu şcoala obişnuită

În cadrul acestui model, şcoala obişnuită ia conducerea în dezvoltarea integrării. Şcoala specială va stabili legături cu cea mai importantă şcoală obişnuită din vecinătate. Pentru început, cooperarea constă în schimbul de vizite între copiii celor două şcoli, pentru a putea beneficia de facilităţile lor. În momentul în care legăturile sunt bine consolidate, copiii cu handicap, de la şcoala specială, vor asista la o parte sau la toate orele de la cealaltă şcoală.

Profesorii de la şcoala specială îi vor ajuta pe copiii cu handicap integraţi, adaptând materialele pentru lecții, dând sfaturi profesorilor din şcoala obişnuită, cu privire la metodele de predare, vor face planuri de lecţie împreună şi vor putea să predea alături de colegii lor în şcoala de referinţă.

Şcoala specială poate oferi şcolii obişnuite resurse suplimentare, cât şi experienţa profesorilor, în preîntâmpinarea dificultăţilor de învăţare ale elevilor cu handicap. În schimb, copiii cu handicap pot avea, deseori, acces la o programă mult mai diversificată şi la socializarea mult mai largă, din cadrul şcolii de masă.

Copiii cu handicap pot afla lucruri noi despre convieţuirea cu copiii normali şi beneficiază de educație în şcoală specială, în cazul în care lucrurile nu merg bine. Copiii normali pot dobândi capacitatea de a înţelege copiii cu handicap.

Pentru a fi eficient, acest model necesită **colaborare şi pregătire minuţioasă.**

➢ *Avantajele acestui sistem:*

a. profesorii din şcoala specială beneficiază de posibilităţi de predare mult mai largi; profesorii din şcoala obişnuită se pot informa asupra unor multiple aspecte, legate de nevoile individuale ale elevilor deficienţi şi pot dobândi experienţă de la colegii din şcoli speciale;

b. şcoala specială poate oferi şcolii obişnuite un plus de resurse;

c. copiii cu handicap îşi dezvoltă sociabilitatea, lucrând şi "amestecându-se" cu cei normali;

d. copiii normali învaţă despre handicapuri.

➢ *Dezavantaje:*

a. copiii implicaţi în acest program pot petrece mult timp pe drum, mergând de la un sediu la altul;

b. acest sistem este dificil de administrat, bazându-se, în principal, pe bunăvoinţa cadrelor didactice implicate.

Aplicabilitate

În ţările fără tradiţie în integrare, acest sistem are avantajul de a oferi posibilitatea folosirii resurselor şi experienţei existente, fără a necesita un capital suplimentar pentru investiţii.

Permite dezvoltarea şi creşterea gradului de integrare din interiorul şcolii speciale. Dacă, însă, el s-ar adapta la nivel naţional, ar reprezenta, de fapt, o reafirmare a rolului tradiţional al şcolilor speciale.

Acest model constituie o formă restrânsă de integrare, pentru că elevul continuă să locuiască în decorul rezidenţial al şcolii speciale.

Modelele (2) şi (3) sunt modele de integrare, în cadrul cărora, elevii cu handicap, care locuiesc acasă, urmează o şcoală pentru copii normali, în grupuri restrânse. Autorităţile din învăţământ vor utiliza, în acest scop, o şcoală obişnuită .

2. Modelul bazat pe organizarea unei clase speciale în şcoala obişnuită

Copiii sunt înscrişi în această clasă specială şi profesorul specialist în activitatea cu copiii cu handicap, răspunde de educarea lor.

3. Modelul bazat pe folosirea unei camere de instruire şi resurse

Aceasta este o cameră (cabinet), în cadrul unei şcoli pentru copii normali, care se află în grija unui profesor specialist în activitatea cu elevii cu handicap. Conţine resurse ale specialistului. De obicei, copilul cu handicap este înscris într-o clasă de copii normali şi profesorul acelei clase răspunde de el. El merge la centrul de resurse, la date planificate, pentru consiliere, activităţi individualizate, ca, de exemplu, logopedia sau corectarea deficienţelor fizice, cât şi pentru a beneficia de activităţi cu tehnologii didactice adaptate nevoilor sale .

Profesorul este, de cele mai multe ori, membru al şcolii obişnuite. El poate să predea alături de profesorul clasei, poate să-l îndrume pe acesta şi asigură sprijinul pentru elevii cu handicap mintal. El mai deţine disponibilităţi în legătură cu pregătirea şi punerea la dispoziţie a materialelor didactice pentru ore.

Modelul se poate completa cu profesori asistenţi (specializaţi în educaţia copilului cu nevoi speciale), care sprijină profesorul clasei în timpul activităţilor didactice pentru rezolvarea problemelor educaţionale ale copiilor cu handicap mintal.

➢ *Avantaje:*

a. în cadrul ambelor sisteme, copiii pot locui acasă şi pot beneficia de siguranţa existenţei în mijlocul familiilor şi comunităţii lor, precum şi dezvoltarea într-un mediu normal de viaţă .

b. ambele sisteme oferă ajutor imediat, individual şi specializat, copiilor cu handicap, în măsura cerinţelor şi asigură o gamă largă de materiale şi aparatură, în vederea sprijinirii copiilor în domeniile de predare specializată.

c. ambele sisteme (în special, modelul camerei de instruire şi resurse), dau copiilor posibilitatea de a învăţa de la copiii normali, în situaţii sociale naturale.

d. suma de bani necesară e foarte mică. Clasa specială sau camera de instruire şi resurse, poate folosi clădirile existente;

e. profesorii din şcoala obişnuită dobândesc un anumit nivel de specializare pentru educarea copiilor cu handicap, într-un sistem stabil şi familiar şi pot consulta profesorul specialist, care, de asemenea, e un coleg familiar.

➢ *Dezavantaje:*

a. în cadrul ambelor sisteme, dacă profesorul specialist lipseşte (spre exemplu dacă este bolnav), există pericolul imposibilităţii copiilor cu handicap de a participa la activităţile didactice;

b. clasa pentru elevii cu handicap poate ajunge să fie privită ca un element separat de şcoala obişnuită şi copiii din clasa specială pot fi izolaţi de copiii normali şi de profesorii din şcoala obişnuită (segregaţi);

c. de obicei, în ambele sisteme, copiii nu pot să urmeze şcoala din vecinătatea ei. Trebuie să fie duşi unde profesorul specialist lucrează în acest caz. Deplasările lungi şi obositoare, înainte sau după şcoală, constituie un inconvenient.

4. Modelul itinerant

Este un sistem care evită dezavantajul deplasărilor, deoarece copilul urmează şcoala pe care o găseşte la cea mai mică distanţă de domiciliu (din cartier). Copilul constituie, în acest caz, o parte integrantă din clasa pentru copii normali.

Copilul este instruit de către profesorul clasei de elevi normali şi este sprijinit de un profesor itinerant (specializat în activitatea cu copiii cu handicap), angajat de autorităţile de învăţământ locale.

Copilul este, de obicei, singurul copil cu handicap din şcoală.

În mod ideal, copilul cu handicap va participa la toate orele din programă şi profesorul itinerant va oferi toată aparatura specială, de care copilul are nevoie. Profesorul itinerant va îndruma profesorii clasei, mai ales în legătură cu alegerea şi folosirea metodelor de predare adecvate nevoilor educaţionale ale elevului cu handicap.

Profesorul itinerant mai realizează şi programe de intervenţie, în vederea dobândirii unor abilităţi speciale sau în domenii mai dificile ale programei de studiu în cadrul cărora elevul cu handicap are dificultăţi de învăţare .

5. Modelul comun

Un model comun este acela în care un profesor itinerant este responsabil pentru toţi copiii cu handicap dintr-o anumită zonă geografică.

Acest serviciu îşi propune sprijinirea copilului şi a familiei, de îndată ce acesta a fost depistat de serviciile medicale ca fiind deficient (poate chiar după numai câteva săptămâni).

Profesorul itinerant va lucra, mai întâi cu părinţii, sfătuindu-i cu privire la nevoile timpurii ale copilului şi, pe măsură ce copilul creşte, va ajuta părinţii să alcătuiască un program de învăţare timpurie, pentru comunicare, orientare spaţială şi autoservire. Profesorul, de asemenea, evaluează capacitatea copilului şi când e cazul, va produce un program pentru stimularea senzorială.

Profesorul va facilita înscrierea copilului într-o grădiniţă, va ajuta la alegerea şcolii adecvate şi va oferi sfaturile necesare educatorilor şi profesorilor din respectivele instituţii. Dacă părinţii aleg o şcoală locală, pentru copii normali, atunci profesorul specialist acordă ajutor copilului pe parcursul şcolii şi chiar până în învăţământul superior. Frecvenţa vizitelor profesorului itinerant variază în funcţie de nevoile copilului, de la una pe trimestru, la 3-4 pe săptămână.

În majoritatea cazurilor, rolul profesorului itinerant, pentru copiii deficienţi, constă într-o combinaţie de metode de consiliere şi de metode de predare. Profesorul itinerant va acorda ajutor în coordonarea progreselor, în cadrul procesului educaţional şi va vizita periodic şcoala în cauză.

➢ *Avantaje:*

a. sunt sisteme care nu necesită mari cheltuieli în vederea construirii de noi clădiri şcolare sau amenajarea de noi clase;

b. în cadrul acestor sisteme, copiii deficienţi, pot urma şcolile locale şi pot sta cu familiile şi comunităţile lor;

c. copiii cu handicap au posibilitatea să se „amestece" cu copiii normali, atât din punct de vedere social, cât şi din punct de vedere educaţional;

d. permit o intervenţie timpurie, profesorii pot începe să lucreze cu copiii cu handicap de când sunt foarte mici şi cu familiile lor în acelaşi timp. Ei pot instrui părinţii pentru a acorda ajutor acestor copii, în scopul unei dezvoltări normale.

➢ *Dezavantaje:*

a. aceste modele sunt dependente de facilităţile de transport şi de comunicare, pentru a fi eficiente;

b. ating un randament maxim în cazul copiilor cu handicapuri uşoare. Este mai dificil să se acorde ajutor, prin acest sistem, pentru copiii cu handicap sever;

c. amplasarea individuală poate să implice necesitatea dublării aceleiaşi aparaturi, în mai multe şcoli, pe o arie largă;

d. ca în orice sistem de integrare, succesul lui depinde de atitudinea şi gradul de cooperare de la clasă şi de personalitatea, aptitudinile şi responsabilitatea profesorului itinerant.

În concluzie, acestea sunt principalele modele de învăţământ integrat utilizate pe plan internaţional .

Din păcate nu este posibil să existe modele, care să facă faţă tuturor nevoilor copiilor cu handicap şi, de aceea, este logic să se menţină o varietate de astfel de variante, deoarece unii dintre copii se pot adapta mai bine în cadrul învăţământului integrat, în timp ce alţii în şcolile speciale aflate într-un process de cooperare cu şcolile de masă .

Cheia alegerii adecvate a modelului organizatoric constă în validitatea şi fidelitatea metodelor de evaluare folosite. Identificând în mod corect nevoile copilului, mai întâi, şi apoi alegând cele mai adecvate forme organizaţionale de învăţământ pentru a satisface aceste nevoi, se va ajunge la succesul scontat.

Aceste modele organizatorice de bază au fost completate, în diverse ţări ale lumii, cu noi alternative, devenind din ce în ce mai complexe şi eficiente.

În acest stop, redăm o sinteză orientativă a structurilor posibile de educaţie integrată (adaptare după OCDE, 1984 – (*apud* **Vrăsmas, T.**, 2004, pag. 242).

a) Plasarea (înscrierea) în clase obişnuite, corelată cu modalităţi particulare de pregătire, complementare sau de înlocuire a participării elevului cu CES la anumite lecţii, prin activităţi de sprijin asigurate de un cadru didactic ;
b) Plasarea în clasă obişnuită, cu susţinerea elevului pentru anumite materii din planul de studiu, cu servicii de intervenţie specifică, după necesităţi; există un cadru didactic cu o responsabilitate anume pentru elevii care au cerinţe speciale, per ansamblul disciplinelor de studiu, corelat cu reducerea numărului de elevi la clasă;
c) Plasarea în clasa obişnuită, din care copilul este retras pentru anumite şedinţe, pentru a primi, în alt spaţiu decât clasa, ajutorul unuia sau al mai multor specialişti, potrivit necesitaţilor individuale;
d) Plasarea într-o clasă obişnuită, cu frecvenţa parţială, alternativ cu frecventarea unei unităţi speciale (grupă sau clasă), unde copilul beneficiază de educaţie specială (inclusiv de intervenţiile specifice necesare);
e) Plasarea (înscrierea) într-o unitate specială (în şcoala generală), frecventată alternativ cu activităţile dintr-o clasă obişnuită;
f) Frecventarea exclusivă a unei clase sau unităţi speciale (în şcoala obişnuită); înscrierea într-o şcoală specială frecventată alternativ cu o clasă obişnuită;
g) Înscrierea într-o şcoală specială, cu frecventarea alternativă a unei clase sau unităţi speciale într-o şcoală obişnuită.

Toate sistemele se dovedesc a fi eficiente în momentul în care sunt clădite pe bazele existente. Ele trebuie să ia în consideraţie contextele existente în fiecare ţară, care pot fi de ordin:

1 – geografic;
2 – socio-economic;
3 – de învăţământ.

Pentru dezvoltarea lor, este necesară diversificarea gamei de servicii oferite acestor copii. Aceasta implică asigurarea unui învăţământ integrat, în faza iniţială, numai copiilor cu deficienţe uşoare, care au fost identificaţi ca fiind cei mai capabili de a avea succes în cadrul noului sistem (de regulă cei mai sociabili). Pe măsură ce copiii fac progrese şi încrederea în acest sistem se conturează, atunci se va deschide drumul şi copiilor cu handicap moderat şi sever, pentru a beneficia de avantajele pe care învăţământul integrat le oferă.

Trăsături generale ale sistemului de organizare a învăţământului integrat din ţările din Uniunea Europeană

1. Se observă că, majoritatea ţărilor dezvoltate ale lumii (atât din Uniunea Europeană, cât şi din SUA), sunt adepte ale realizării educaţiei speciale, conform **principiului integrării** persoanelor handicapate.

2. Integrarea este realizată în diverse ţări, pe diverse trepte şi niveluri, unele fiind mai avansate în acest sens (ex. ţările scandinave), altele aflându-se la diferite niveluri de dezvoltare.

3. În majoritatea statelor, pe lângă instituţii şcolare obişnuite, în care se află integraţi elevi cu handicap, există şi instituţii de protecţie socială şi învăţământ special, separate, destinate, cu precădere, handicapurilor grave, polihandicapurilor sau handicapurilor senzoriale.

4. Unele ţări au introdus în legislaţia naţională generală, cu privire la învăţământ, prevederi referitoare la organizarea învăţământului special, altele au elaborat legi destinate numai acestui domeniu (ex. ţările scandinave).

În planul legiferării, aceasta are ca efect existenţa unor legi temporare (vezi cazul Olandei), care coexistă, în mod provizoriu, cu legi permanente, din domeniul educaţiei şi asistenţei sociale pentru persoanele cu handicap.

5. În toate ţările dezvoltate, conducerea, organizarea şi planificarea educaţiei speciale, revin Ministerului Educaţiei şi Învăţământului, niciunui alt organism nefiindu-i permisă imixtiunea în acest proces.

6. Se consideră că, descentralizarea responsabilităţii de la nivel central şi delegarea ei la nivel regional şi local, este o soluţie optimă pentru asigurarea unei game largi şi eficiente de servicii pentru elevii cu handicap.

7. În majoritatea ţărilor dezvoltate, programele destinate educaţiei şi recuperării persoanelor cu handicap, se desfăşoară prin colaborarea între autorităţile administrative centrale şi locale, cu organizaţiile neguvernamentale (ONG-uri), destinate protecţiei şi educaţiei persoanelor cu handicap sau făcând parte din grupe cu grad ridicat de risc de excluziune socială.

8. Succesul în realizarea obiectivelor integrării şi al egalizării şanselor pentru persoanele cu handicap, se bazează pe progresul realizat în diversificarea gamei de servicii destinate persoanelor cu nevoi speciale, începând cu cele de la nivel naţional şi terminând cu cele de nivel comunitar.

9. Integrarea educaţională din punct de vedere acţional înseamnă, în viziunea majorităţii cercetătorilor contemporani, asigurarea serviciilor de învăţământ special şi a celor din cadrul comunităţii, în cadrul învăţământului obişnuit.

10. Se constată schimbarea mentalităţii la nivel internaţional faţă de persoanele cu handicap. Această schimbare, la nivel filosofic şi ideologic, este determinată de aplicarea principiilor universale ale drepturilor omului şi pentru aceste categorii de persoane.

11. În prezent, se manifestă o acută preocupare pentru diversificarea şi lărgirea ariei de acţiune a serviciilor destinate persoanelor cu handicap, punându-se accent pe asistenţa acordată familiilor, care au în îngrijire persoane cu handicap, în cadrul comunităţii.

12. În statele din Uniunea Europeană, schimbările legislative şi organizatorice, prezente şi viitoare, se bazează pe adoptarea concepţiei cu privire la crearea unei „societăţi pentru toţi", care solicită trecerea de la integrare la o etapă mai avansată, cea a incluziunii persoanelor cu handicap, obiectiv adoptat prin Declaraţia de la Madrid (2002) – „Înlăturarea discriminării plus acţiunea pozitivă, conduc la incluziunea socială".

În concluzie, în prezent asistăm la o amplă reformă a învăţământului special, caracterizată prin continue căutări de noi formule organizatorice şi schimbări legislative, în acord cu progresele societăţii contemporane şi schimbarea atitudinii acesteia faţă de persoanele cu handicap.

Strategii generale utilizate în educaţia elevilor cu CES

În anul 1993, UNESCO a pus la dispoziţia profesorilor din învăţământul general, care lucrează cu diverse categorii de elevi cu CES, o culegere metodică, intitulată „Pachet de resurse pentru instruirea profesorilor – cerinţe speciale în clasă" (tradusă în limba română cu sprijinul reprezentanţei UNICEF din România, în anul 1995). Ulterior, după anul 2000, lucrarea a fost completată cu un nou ghid care însă nu afectează încă actualitatea informaţiilor din prima lucrare.

Lucrarea realizată pe baza experienţei dobândite de numeroşi reputaţi experţi internaţionali, din domeniul ştiinţelor educaţiei, cuprinde, printre altele, o descriere a celor mai eficiente metode şi procedee, folosite pentru instruirea elevilor cu handicap alături de normali, în diverse ţări ale lumii.

După părerea noastră, aceste metode şi tehnici pot fi împărţite în două categorii:

1. metode pedagogice generale, folosite în mod nemijlocit, în activitatea cu elevul cu handicap;
2. metode pedagogice specifice şi organizatorice, ce asigură, în primul rând, un cadru adecvat activităţii educaţionale.

1. Metodele pedagogice generale, aşa cum menţionează „Pachetul de resurse pentru instruirea profesorilor" urmăresc, în primul rând, *optimizarea procesului de învăţare* la elevii cu handicap.

În cazul procedeelor de recuperare a elevilor cu handicap mintal, ele nu constituie noutăţi absolute pentru învăţământul special din ţara noastră, ci constituie, mai degrabă, o enumerare a celor mai utile procedee pedagogice pentru activitatea cu aceşti copii, din optica specialiştilor străini, în vederea impunerii unei practici educaţionale unitare.

Procedeele didactice recomandate, în acest sens, sunt următoarele:

a) *construirea lecţiilor noi pe baza cunoştinţelor anterioare ale elevilor,* care se referă la folosirea de către profesor a experienţei acumulate de elevi în trecut, pentru achiziţionarea de informaţii noi;

b) *folosirea experienţelor zilnice ale elevului,* se referă la includerea unor exemple care ţin de cunoştinţele practice pentru însuşirea unor concepte noi;

c) *acordarea de funcţionalitate învăţării,* reprezintă o modalitate, care constă în a da elevului ocazia să aplice cunoştinţele dobândite în viaţa zilnică;

d) *trezirea interesului pentru conţinut, prin folosirea povestirilor,* contribuie la sporirea interesului pentru conţinutul predat elevilor;

e) *raportarea învăţării la alte materii,* asigură realizarea legăturii între cunoştinţele predate la o anumită disciplină, oferind elevului o imagine complexă într-o viziune modernă, interdisciplinară, asupra informaţiilor dobândite;

f) *folosirea călătoriilor şi excursiilor oferă elevilor posibilitatea să aplice în practică cunoştinţele teoretice dobândite la diverse discipline de studiu;*

g) jocurile, constituie o metodă atractivă, atât pentru stimularea învăţării, cât şi pentru recompensarea acesteia.

Toate aceste metode de stimulare a învăţării pot fi folosite în activitatea cu elevii cu handicap mintal, în mod singular sau prin asociere.

2. Metodele specifice numai învăţământului integrat, aşa cum am arătat, pregătesc realizarea activităţii cu elevii cu handicap, integraţi, asigurând un cadru adecvat

în care se pot folosi sau nu, după caz, metodele directe de învăţare.

Considerăm că, în cadrul învăţământului integrat, profesorul trebuie să „penduleze" în permanenţă, între cele două categorii de metode. Din categoria metodelor specifice învăţământului integrat, enumerăm următoarele, ca fiind mai importante:

A. Învăţarea prin cooperare în cadrul grupului de elevi (Sistemul de instruire de tip „tutor"), după David Baine (V. Preda, 1998).

Acest sistem se referă, în general, la situaţia în care un elev acordă altui elev asistenţă, ca mediator, în scopul instruirii. Sistemul de tip „tutor" se bazează pe două modalităţi de sprijin educaţional, în care:

1. elevii mari îi asistă pe cei mai mici decât ei;
2. elevii de aceeaşi vârstă se asistă reciproc.

În mod normal, prima metodă se dovedeşte mai eficientă decât cealaltă, în context teoretic. Dacă obiectivul tutorialului este îndreptat înspre acceptarea socială a elevilor cu handicap, a doua s-ar putea să fie mai eficientă.

S-a constatat, că elevii cu handicap, bine instruiţi şi supravegheaţi, pot fi folosiţi în diverse domenii ca tutori pentru colegi sau pentru elevi mai mici decât ei. Mai mult, s-a constatat că, din acest sistem au de învăţat atât tutorii, cât şi elevii pe care aceştia îi îndrumă; uneori se întâmplă ca, în mod paradoxal, tutorii să aibă mai mult de câştigat. Cei mai mulţi cercetători consideră ca elevii cu handicap, pot învăţa mai mult despre un subiect, învăţându-i pe alţii decât ar învăţa dintr-o carte sau audiind un profesor.

Conform studiilor, rezultă că mulţi elevi tutori au fost folosiţi pentru a ajuta la creşterea capacităţii de recunoaştere a cuvintelor, a analizei fonetice, a deprinderilor matematice, a deprinderilor pentru interacţiune socială etc.

Considerentele de la care trebuie să pornească un profesor atunci când decide să folosească sau nu un elev în rol de tutor, sunt:

- nevoile specifice ale tutorilor şi ale elevilor pe care aceştia urmează să-i asiste;
- timpul şi efortul necesar instruirii tutorilor;
- raportul cost/eficienţă al strategiei respective.

Sistemul tutor în regim „propagare", ia naştere atunci când elevii cu handicap sunt instruiţi să se asiste unii pe alţii. Numărul tutorilor creşte în mod gradual, pe măsură ce tutorii instruiesc alţi elevi cu handicap să devină tutori.

B) *Învăţarea prin colaborarea dintre profesorul clasei şi alte persoane adulte de sprijin.*

Persoanele de sprijin pot fi părinţi, voluntari, persoane specializate. Lor trebuie să li se spună exact, înainte de a începe să lucreze cu elevii, ce au de făcut, când, unde, cu cine trebuie să lucreze şi cum. De asemenea, este util ca înainte de a începe să lucreze cu elevii, să li se acorde o zi pentru observaţie şi întrebări. Ei vor fi instruiţi să completeze o fişă de control, care cuprinde o descriere a ceea ce se aşteptă de la ei şi care poate fi ulterior folosită în scopul evaluării propriei munci. Formarea lor va avea loc în absenţa elevilor.

Gary Thomas a pus la punct un sistem eficace de utilizare a persoanelor adulte şi elevilor, în calitate de colaboratori ai profesorilor, pentru rezolvarea problemelor de învăţare ale elevilor cu handicap, deosebit de util, în special în cazul elevilor cu handicap mintal, autiştilor şi celor cu handicapuri fizice severe.

În cadrul tipului de colaborare, propus de el, fiecare dintre persoanele adulte, participante la procesul de învăţare, îndeplineşte un rol bine definit, după cum urmează (UNESCO – «Pachetul de resurse pentru instruirea profesorilor – Cerinţe speciale în clasă», modulul 4, UNICEF, 1995):

1) persoana care oferă ajutor este responsabilă de sprijinirea intensivă a unui elev sau a unor grupuri mici de elevi cu CES, pentru o scurtă perioadă de timp;

2) managerul activităţii menţine restul clasei implicată în rezolvarea sarcinilor şi activităţilor stabilite;

3) cel care se deplasează tinde să menţină fluenţa activităţilor, prin rezolvarea problemelor legate de resurse. Într-o clasă bine organizată, aceste sarcini sunt încredinţate, de obicei, elevilor.

În general, când se hotărăşte instituirea unui program pentru folosirea de elevi tutori sau profesori de sprijin, trebuie avute în vedere următoarele aspecte:

- care sunt obiectivele acestui program; ce rezultate benefice sunt aşteptate pentru profesorii de sprijin, tutori şi elevii lor;
- ce abilităţi concrete solicită obiectivul instruirii;
- cine ar putea să fie tutori sau profesori de sprijin;
- când, cum şi cât timp să se desfăşoare instruirea tutorilor sau profesorilor de sprijin;
- de ce materiale sau echipament este nevoie;
- cum şi când vor fi aceştia supravegheaţi şi cum şi cât de des li se vor aduce la cunoştinţă observaţiile rezultate;
- pentru cât timp, cât de frecvent şi unde se va desfăşura programul tutorial;
- ce metode tutoriale sau de învăţare se vor folosi;
- cum trebuie tutorul să reacţioneze la comportamente corecte sau incorecte;
- ce probleme (legate de ajutorul tutorial, de metoda de predare, de comportamente) pot să apară mai frecvent şi cum ar trebui ele abordate şi rezolvate.

Scenarii de predare-învăţare

Scenariile de predare-învăţare descriu în secvenţă, exact ceea ce trebuie să facă şi să spună tutorul, precum şi fiecare pas al instruirii. Scenariile arată, de asemenea, ce trebuie făcut în cazul în care apare o eroare.

Odată ce un astfel de scenariu a fost elaborat, poate fi folosit, în mod repetat, de mai mulţi tutori cu mai mulţi elevi cu handicap.

Instruirea tutorilor şi profesorilor de sprijin

În general, tutorii şi profesorii de sprijin sunt instruiţi după următoarele metode:

- demonstraţia ;
- inversarea rolurilor ;
- predarea sub supraveghere.

a. demonstraţia: profesorul demonstrează tutorului, folosind jocul de rol, cum trebuie să instruiască elevul.

În general, tutorii şi profesorii de sprijin sunt instruiţi să folosească următoarele procedee:

- captarea atenţiei;
- demonstraţia;
- exersarea comportamentului ţintă;
- verificarea/evaluarea atingerii obiectivului.

b. inversarea rolurilor: după demonstrarea metodei de instruire de către profesor, tutorul sau profesorul de sprijin demonstrează, la rândul său, profesorului, metoda proaspăt învăţată. Profesorul, care ia locul elevului, comite erori pe care elevii le comit în mod frecvent, testând, astfel, capacitatea tutorului de a le corecta în mod corespunzător.

c. predarea sub supraveghere: profesorul va supraveghea tutorul în prima săptămână de lucru; tutorii sau profesorii de sprijin cu handicap pot avea nevoie de îndrumare, o perioadă mai îndelungată; aceasta poate fi suplinită de profesor sau de alţi tutori sau profesori de sprijin, deja instruiţi.

B. Predarea pe bază de parteneriat între profesorii şcolii.

Aceasta are drept scop perfecţionarea pedagogică a fiecărui participant şi soluţionarea optimă a problemelor educaţionale apărute în activitatea cu elevul cu handicap.

Această strategie, recomandată de experţii UNESCO pentru perfecţionare profesională, se prezintă sub următoarele variante:

1. Observarea în cuplu, se referă la asistarea unui profesor de către un alt coleg al său, în cadrul lecţiilor, pentru clarificarea şi soluţionarea problemelor pe care acesta le întâmpină.

2. Supervizarea clinică, este o tehnică mai elaborată de observaţie, folosită pe scară largă în SUA, care se concentrează pe măsurarea performanţelor obţinute de către profesori.

Metoda se compune din trei etape distincte:

a) şedinţa de planificare, în care se stabilesc aspectele ce vor fi urmărite;

b) observarea clasei în timpul activităţii, în care se adună datele ce se subsumează aspectelor (obiectivelor) stabilite anterior;

c) şedinţa de concluzii, în care se analizează rezultatele obţinute în atingerea obiectivelor propuse şi se caută noi alternative, pentru atingerea acestora, în viitor.

3. Instruirea cuplului, se referă la perfecţionarea unui profesor de către un alt profesor, mai familiarizat, spre exemplu, cu o anumită problemă din cadrul curriculumului de predare, care, în acest caz, deţine rolul de instructor.

Predarea, pe bază de parteneriat dintre profesorii unei şcoli, se poate îmbunătăţi prin utilizarea unei **programări flexibile.** Aceasta constă dintr-o „programare adecvată a activităţilor, care face posibil ca profesorii să acorde, ocazional, instruire individuală sau pentru grupuri mici de elevi cu nevoi speciale. Doi sau mai mulţi profesori, pot stabili să-şi combine elevii, pentru activităţi care necesită mai puţină supraveghere“ **(Popovici, D. V.,** 1999, pp. 56-71).

Când elevii, din două sau mai multe clase, au nevoie de instruire specială, poate fi economisit timp şi efort, dacă fiecare profesor îşi alege şi pregăteşte un pachet de instruire specializat pe o anumită problemă. În acest mod, profesorul respectiv poate fi folosit în instruirea mai multor clase în care sunt integraţi elevi cu handicap.

Aplicarea tuturor acestor strategii didactice necesită existenţa unui spaţiu adecvat, în care să se poată desfăşura activităţile adaptate nevoilor elevilor cu handicap.

Cu privire la aceasta, a apărut, în literatura de specialitate, conceptul de **„centru de învăţare"**.

Un centru de învăţare este un spaţiu rezervat în clasă, unde elevii pot să desfăşoare o activitate de învăţare, independent sau sub îndrumare.

Acesta trebuie să pună la dispoziţia elevilor următoarele elemente:

1. spaţiu de lucru;
2. materialele şi echipamentele necesare;
3. instrucţiuni care descriu modul de lucru cu elevii cu handicap;
4. o listă de control pentru evaluarea muncii;
5. foi de răspuns – fişe individuale;
6. fişe pentru înregistrarea performanţelor;
7. ghid pentru corectarea erorilor.

Într-un centru de învăţare, elevii cu handicap pot aplica, recapitula sau generaliza conceptele predate în cadrul clasei şi îşi pot forma diverse categorii de deprinderi.

Centrele pot fi folosite în timpul fazelor de dobândire, păstrare sau generalizare a cunoştinţelor, în cadrul procesului de instruire.

Centrul de instruire permite profesorului să *individualizeze instruirea* şi să faciliteze exersarea suplimentară pentru elevii care necesită acest lucru.

Se poate apela la centrul de învăţare, în urma unei lecţii, ca alternativă pentru temele date elevilor spre rezolvare în clasă sau pentru îmbogăţirea activităţii.

Centrele de instruire trebuie să fie astfel organizate, încât unul sau mai mulţi elevi să poată fi implicaţi, în acelaşi timp sau în momente de timp diferite, nefiind absolut necesară prezenţa profesorului.

Materialele trebuie pregătite din timp, iar elevii instruiţi să lase la plecare centrul aşa cum era când au început activităţile didactice.

Structura procesului intervenţiei psihopedagogice într-un centru de integrare. Orice şcoală publică obişnuită, datorită existenţei unui număr de elevi cu CES, în zona de deservire a instituţiei de învăţământ respective, se poate transforma într-un centru de integrare, în situaţia în care doreşte să cuprindă în sistemul său educaţional general, acei elevi cu probleme, cu precădere cei cu handicap.

Transformarea unei şcoli obişnuite, într-un CENTRU DE INTEGRARE, este un proces complex, care implică mai multe componente:

1. transformări organizatorice;
2. modificări structurale;
3. adaptarea intervenţiei psihopedagogice;
4. schimbări curriculare;
5. selectarea metodelor utilizate, în funcţie de obiectivele fixate;
6. adoptarea unor procedee de evaluare clare şi precise.

1. Transformările organizatorice vor viza aspectele legate de:

a) clasificarea rolurilor şi atribuţiilor următorilor factori:
- conducerii centrului
- părinţilor
- altor agenţi comunitari

b) alcătuirea şi stabilirea sarcinilor echipei de intervenţie, alcătuită, în funcţie de posibilităţi şi cerinţe, din:
- profesor titular
- profesor specializat
- profesor itinerant
- profesor asistent

c) angajarea de personal medical şi paramedical, pentru realizarea recuperării şi terapiei specializate:
- medici
- asistente medicale
- psihoterapeuţi
- logopezi
- kinetoterapeuţi
- terapeuţi ocupaţionali

2. Modificările structurale, vor avea în vedere următoarele componente, cu variabilele aferente:

a) elementele materiale – spaţiul şi resursele materiale disponibile;
b) elementele umane – elevi, profesori, părinţi, relaţii cu alte centre, relaţii cu comunitatea;
c) elementele formale – timpul, distribuţia pe niveluri educaţionale, conţinuturi, obiective.

3. Adaptarea intervenţiei psihopedagogice, are drept scop satisfacerea cerinţelor educaţionale speciale ale unui elev cu handicap şi presupune rezolvarea unui set de probleme specifice rezolvate pe trei niveluri – după **Janne Jaume**, Popovici, D.V., 1999, pag. 68), după cum urmează:

NIVELUL I – se referă la decelarea achiziţiilor copilului cu CES, cu precădere a celor fragile, în raport ce obiectivele clasei sau cu capacităţile ce trebuie dobândite pentru trecerea în clasa următoare.

NIVELUL II – se referă la structura demersului pedagogic şi cuprinde 2 faze:

a) analizarea capacităţilor ce trebuie dobândite pentru a distinge etapele componente şi a le ordona; obţinându-se astfel parcursul dorit pentru copil;

b) se determină situaţiile sau obiectele de studiu, care trebuie oferite pentru că, sprijinindu-se pe propriile achiziţii, să se pună în lucru noile demersuri, plecând de la ce ştie elevul cu handicap (repertoriul personal) şi de la ce i se oferă (situaţii, obiecte).

NIVELUL III – cuprinde obiectivele clasei şi capacităţile ce trebuie dobândite pentru trecerea în clasa următoare.

4. Schimbările curriculare, reprezintă o condiţie absolut necesară pentru integrarea elevilor cu handicap, care trebuie să beneficieze fiecare de un program educaţional propriu.

Schimbările curriculare trebuie să ţină seama de următoarele elemente:
a.- finalitatea zonei de integrare;
b.- obiectivele de integrare;
c.- conţinutul curricular de bază;
d.- metodologia disponibilă.

5. Selectarea metodelor de intervenţie, folosite în integrarea şcolară, se află în strânsă relaţie cu procesul de integrare, respectiv, aşa cum reiese din schema urmăroare, elaborată de Murielle Sack (**Popovici, D. V.**, 1999, pag. 69).

INVENTAR AL METODELOR ŞI INSTRUMENTELOR DE INTEGRARE ŞCOLARĂ

(după Murielle Sack)

OBIECTUL EVALUĂRII	METODE ŞI INSTRUMENTE DE EVALUARE
1. ADAPTAREA SOCIALĂ	**# Grile de observare a comportamentului** **# Chestionare şi interviuri** **# Teste de personalitate (de frustrare, proiective)**
2. NIVELUL DE DEZVOLTARE AL COPILULUI INTEGRAT	
a) - INTELECTUAL	*** Teste de inteligenţă** *** Probe piagetiene**
b) - ŞCOLAR	**Probe şcolare standardizate cu evaluare sumativă şi formativă**
c) - GLOBAL	**Evaluări zilnice sau periodice (ale progreselor şi dificultăţilor copilului)**
3. ATITUDINEA MEDIULUI SOCIAL (directori, profesori, părinţi ai copiilor cu handicap sau normali)	*** Interviuri** *** Chestionare de opinii** *** Grile de observare**
4. INSERŢIA INSTITUŢIILOR ÎN MEDIUL SOCIAL (şcoli, centre, servicii)	**= Chestionare** **= Grile de observaţie** **= Probe de evaluare a randamentului şcolar şi profesional**

= **Analiza psihologică a produselor activităţii**

5. COST - EFICACITATE *** Studii privind obiectivele specificate**
*** Anchete statistice**

6. Evaluarea procesului de integrare, începe cu evaluarea a doi factori esenţiali:
- copilul;
- mediul educaţional.

Aceştia trebuie evaluaţi înainte şi după declanşarea procesului integrativ, iar în urma procesului de evaluare se adoptă decizia menţinerii sau plasării copilului în altă şcoală.

Formele de evaluare educativă, ce se recomandă să fie folosite, în cadrul procesului integrării, sunt următoarele:
a) – iniţială;
b) – formativă;
c) – sumativă;
d) – continuă.

Practic, se observă că, pot fi folosite pentru „măsurarea" integrării toate formele de evaluare importante din pedagogia modernă.

Se elaborează, aşa cum am mai subliniat, atât elevul, cât şi contextul educaţional.

În cazul elevului, sunt evaluate competenţele curriculare, motivaţia, impactul strategiilor educaţionale şi nivelul interacţiunilor sociale.

În cazul contextului educaţional, evaluarea se referă, cu precădere, la efectele deciziilor curriculare, atitudinile personalului şi organizarea centrului de integrare.

În final, informaţiile obţinute cu privire la elev şi contextul educaţional ajută, după o judicioasă analiză, la perfecţionarea procesului de învăţare al elevilor cu handicap, integraţi printr-o mai bună adaptare a strategiilor educaţionale la specificul acestora.

În situaţia integrării educaţionale a elevilor cu handicap mintal, cercetările de specialitate au evidenţiat faptul că, este util să se înceapă cu cei cu handicap mintal uşor, urmând ca, pe baza experienţei dobândite în fiecare centru de integrare în parte, să se treacă, treptat, la integrarea educaţională a celor cu handicap mintal moderat şi sever.

Şi în cazul elevilor cu handicapuri senzoriale şi fizice, s-a dovedit că, dificultăţile de integrare educaţională se multiplică pe măsura creşterii profunzimii handicapului acestora.

Adaptarea curriculară şi planul de intervenţie pentru elevii cu CES

Procesul de integrare educaţională a elevilor cu CES se realizează, cel mai frecvent, prin adaptarea curriculară sau conceperea unui plan de intervenţie educaţional individualizat.

Curriculum-ul poate fi definit ca fiind *„programul de activităţi şcolare în integralitatea sa, care se concretizează în planul de învăţământ, programa şcolară, manualele şcolare, îndrumările metodice, obiectivele şi modurile comportamentale ce*

conduc la realizarea obiectivelor, metodelor şi mijloacelor de predare - învăţare, ce dezvoltă modurile de evaluare a rezultatelor" (**A. Manolache**, 1978).

Problemele de adaptare curriculară se pun în mod diferit atunci când dorim să integrăm elevi numai cu tulburări de învăţare, faţă de situaţia în care integrăm elevi care prezintă, suplimentar, diverse categorii de handicapuri mintale, senzoriale sau fizice.

Pentru prima categorie menţionată, adeseori este suficient să introducem elevul cu tulburări de învăţare în cadrul unui program suplimentar, la disciplina sau grupul de discipline de învăţământ la care întâmpină dificultăţi specifice.

În cazul celei de-a doua categorii, cea a elevilor cu diverse handicapuri, principalele modalităţi de adaptare curriculară, ce pot fi folosite, constau în:

1. selectarea unor părţi din curriculum-ul general pentru elevii normali, ce pot fi parcurse de elevii cu handicap şi renunţarea la altele, de obicei cele mai complexe;
2. accesibilizarea prin simplificare a tuturor părţilor din curriculum, pentru a putea fi înţelese şi învăţate de elevii cu handicap;
3. completarea curriculum-ului general cu elemente noi care constă în introducerea elevilor cu handicap, într-o serie largă de activităţi individuale, compensator-terapeutice, destinate recuperării acestora şi asigurării restabilirii participării lor, în mod eficient; la procesul de învăţământ pentru normali.

În planul dezvoltării curriculare pentru elevii cu handicap, are loc o mişcare în sensuri diferite. Pe de o parte, curriculum-ul acestora se restrânge, iar pe de altă parte se amplifică, prin introducerea unor activităţi suplimentare individualizate, destinate compensării şi recuperării stării de handicap.

Spre exemplu, în cazul elevilor cu handicap mintal, planul de învăţământ se reduce, atât din punct de vedere al numărului de discipline de studiu, cât şi din punct de vedere al conţinutului informaţional, ce urmează a fi însuşit la fiecare capitol în parte.

În schimb, creşte numărul de activităţi individuale suplimentare, în care urmează să fie inclus elevul cu handicap mintal în scopul recuperării acestuia. În cazul şcolii speciale româneşti, astfel de activităţi sunt cele logopedice, de corectare a deficienţelor fizice, socializare, abilitare manuală, terapie ocupaţională, formarea deprinderilor de viaţă cotidiană şi autonomiei personale şi sociale etc.

Deosebirea esenţială dintre sistemul de învăţământ special românesc şi cel occidental, se referă, în principal, la modul de organizare, materialele didactice folosite şi locul de desfăşurare al majorităţii acestor activităţi. În România, cu excepţia activităţilor logopedice celelalte activităţi s-au desfăşurat până de curând în interiorul şcolii speciale. În ţările scandinave, de exemplu, sprijinul destinat elevilor cu handicap se acordă sub forma unor activităţi individuale suplimentare, desfăşurate în instituţia de învăţământ obişnuit, în care aceştia îşi desfăşoară activitatea.

În Norvegia, Legea învăţământului prevede că, *„pentru elevii din şcoala generală, care, după aprecierile experţilor, necesită sprijin individual, forme de educaţie specială şi antrenament, acestea se vor organiza în interiorul sau în afara şcolii"* (**D. V. Popovici**, 1999).

În Danemarca, statisticile din domeniul învăţământului arată că *„ajutorul suplimentar, diferenţiat, reprezintă forma cea mai răspândită de educaţie specială*

integrată, care se acordă elevilor cu dificultăţi din şcoala daneză obişnuită, acest ajutor având o puternică orientare profilactică". În acest mod, se urmăreşte prevenirea instalării unor stări de eşec la învăţătură şi inadaptare şcolară, cu caracter cronic.

În cadrul activităţii cu elevi cu handicap integraţi, proiectarea curriculară trebuie să ţină seama, în primul rând, de tipul şi gradul handicapului şi apoi de posibilităţile fiecărei şcoli de a asigura ajutorul fiecărui elev în parte.

Pentru elevii cu handicapuri severe sau polihandicapuri, majoritatea specialiştilor recunosc necesitatea şcolarizării acestora în instituţii separate, unde să fie instruiţi după un curriculum propriu şi beneficiind de tehnologii didactice adaptate. Aşa este cazul elevilor cu handicap mintal profund sau a celor care au deficienţe mintale asociate cu deficienţe senzoriale şi fizice, ceea ce îi face dificil de şcolarizat în instituţii obişnuite de învăţământ.

Până în prezent, integrarea realizată prin intermediul adaptării curriculare a dat rezultate bune, cu precădere la elevii cu handicap uşor sau moderat. Rezultate notabile s-au obţinut, în acest sens, în realizarea unui curriculum individualizat şi simplificat, pentru elevii deficienţi mintal uşor integraţi în şcoala obişnuită.

În cazul elevilor cu handicapuri senzoriale (surzi sau hipoacuzici, orbi sau ambliopi) şi a celor cu handicapuri fizice, adaptarea curriculară s-a realizat, mai ales, prin extensiune. Pentru aceştia nu există probleme deosebite privind parcurgerea aceluiaşi curriculum destinat elevilor normali, deoarece aceştia au un intelect bine dezvoltat. În această situaţie, în curriculum-ul comun tuturor categoriilor de elevi, au fost introduse o serie de activităţi suplimentare, specifice. Acestea vizează, cu precădere, aspecte legate de orientarea spaţială, demutizarea, socializarea, comunicarea, însuşirea unor limbaje adiţionale (limbajul semnelor, dactil, Braille etc.) sau activităţi practice, destinate pregătirii în profesii adecvate tipului de handicap respectiv. Toate acestea determină o mai bună adaptare la mediul social.

Adeseori, suntem nevoiţi să asigurăm integrarea educaţională pentru elevi cu diverse handicapuri severe, pentru care nu este suficientă doar adaptarea curriculară, ci este necesar să realizăm pentru aceştia un plan sau program de intervenţie individualizat sau, am mai putea spune, un „curriculum propriu".

Acesta este destinat recuperării, pe toate planurile, a personalităţii elevului cu handicap. Într-un astfel de plan se pune accent, în special, pe latura formativă şi mai puţin pe cea informativă.

Componentele esenţiale ale unui plan de intervenţie individualizat sunt:

1. evaluarea;
2. stabilirea obiectivelor pe termen scurt şi lung;
3. selectarea metodelor şi activităţilor folosite în intervenţie;
4. stabilirea instituţiilor şi echipelor interdisciplinare participante;
5. cooperarea cu familia elevului cu handicap.

1. Evaluarea este un proces deosebit de complex, prin care se urmăreşte obţinerea informaţiilor relevante despre copilul cu handicap, din diverse domenii: medical, psihologic, pedagogic, social.

Din punct de vedere medical, se urmăreşte diagnosticarea, cu precădere a nivelului de funcţionare a diverselor organe şi analizatori.

Din punct de vedere psihologic,psihopedagogic şi pedagogic se urmăreşte ca, în urma aplicării unor probe (teste psihologice, scale de dezvoltare şi teste de cunoştinţe), să se stabilească un profil psihologic psihopedagogic şi pedagogic cât mai veridic pentru fiecare subiect în parte.

Evaluarea psihopedagoică este util să includă şi o serie de teste specifice pentru fiecare categorie de handicap în parte.

Aspectele sociale se referă la cunoaşterea condiţiilor de dezvoltare ale copilului, situaţiei familiei şi posibilităţilor sale de integrare şcolară şi comunitară.

În afara evaluării copilului, este necesar să se stabilească proceduri de evaluare concretă pentru planul de intervenţie în ansamblul său. Acesta este util să fie reevaluat periodic.

2. Stabilirea obiectivelor constă în fixarea unor obiective concrete, pe termen lung sau scurt, din domeniile care sunt implicate în procesul recuperării medicale (mediul psihologic, pedagogic sau social). Acestea trebuie exprimate într-o formă măsurabilă şi cuantificabilă, pentru a permite o evaluare corespunzătoare, atât a progreselor elevului cu CES cât şi a planului de intervenţie.

3. Selectarea metodelor şi activităţilor din cadrul intervenţiei se referă la alegerea unei game largi de metode şi procedee, în domeniile din care se realizează recuperarea copilului (medical, psihologic, pedagogic şi asistenţă socială).

Pentru recuperarea complexă a copilului cu handicap, se realizează cu acesta o serie de activităţi, cu metode specifice, conform planului de intervenţie proiectat.

Activităţile şi metodele sunt stabilite în funcţie de nivelul de dezvoltare al copilului şi de patologia asociată personalităţii sale.

Operaţiile subsumate fiecărei activităţi se pot înscrie pe foi de observaţie individuale, pentru a se putea vizualiza evoluţia achiziţiilor şi performanţelor obţinute de către subiect .

Utilizarea unui astfel de procedeu de înregistrare, în cazul intervenţiei psihologice psihopedagogice şi pedagogice, ne furnizează informaţii esenţiale despre tipul, durata şi frecvenţa activităţilor de care are nevoie subiectul pentru dezvoltarea secvenţială a funcţiilor şi proceselor sale psihice.

4. Stabilirea instituţiilor şi echipelor interdisciplinare participante vizează atât selectarea categoriilor de servicii care participă la recuperare, cât şi categoriile de profesionişti implicaţi în această activitate.

Varietatea şi profunzimea deficienţelor şi incapacităţilor asociate handicapului necesită, adesea, o abordare terapeutică multidisciplinară. În acest sens, este util să se creeze echipe de diverşi specialişti, în care fiecare membru îşi alcătuieşte propriul plan terapeutic, destinat recuperării fiecărui subiect în parte.

Experţii internaţionali din domeniu recomandă ca echipa interdisciplinară să fie condusă de specialistul din aria în care copilul necesită cel mai mare sprijin, determinat în

funcţie de tipul şi profunzimea handicapului său şi problematica sa specifică la un moment dat.

5. Cooperarea cu familia elevului cu handicap, precum şi cu ceilalţi membri ai comunităţii, care vin în contact cu copilul, este indispensabilă pentru asigurarea succesului programului de intervenţie individualizat. În acest sens, este necesar ca între specialişti şi familie să se realizeze relaţii de colaborare şi coordonare reciprocă, în realizarea diverselor activităţi proiectate, la domiciliul elevului cu handicap care să ducă la instalarea unui parteneriat efficient în activitatea de recuperare .

În caz contrar, copilul va fi tratat în cadrul procesului de recuperare, atomizat, fracţionat, existând o discrepanţă între acţiunile specialiştilor şi intervenţiile familiei.

Succesul planurilor de intervenţie este influenţat, esenţial, de vârsta la care se începe aplicarea lor. Cu cât planul se realizează mai de timpuriu, dacă este posibil în fragedă copilărie când copilul recepteaza mai uşor influenţele externe, cu atât mai mari vor fi şansele sale de recuperare.

În concluzie, procesele de adaptare curriculară şi proiectarea unor planuri sau programe de intervenţie constituie modalităţi esenţiale, prin care se dezvoltă personalitatea elevilor cu handicap, asigurându-se, în acest mod, o adaptare la mediu mai eficientă, fapt care determină, în final, integrarea educaţională şi socială optimă.

În prezent, este utilizată în domeniul educaţiei integrate o strategie mai complexă bazată pe realizarea unui program de educaţie personalizat.

Programul de educaţie personalizat

Orice program de educaţie personalizat trebuie să pornească de la domeniile fundamentale care prezintă importanţă pentru dezvoltarea copilului cu handicap .

Dezvoltarea copilului se produce, în esenţă, în următoarele domenii:

1. motric, senzorio-motoriu;
2. cognitiv;
3. limbajului şi comunicării (în mod special);
4. social-emoţional;
5. autonomiei personale şi sociale;
6. volitiv-reglatoriu.

Un program de intervenţie personalizat este compus din Planul de servicii personalizat şi o diversitate de Planuri de intervenţie personalizată realizat pe diverse domenii de dezvoltare .

Prezentăm, în continuare, o comparaţie între cele două instrumente fundamentale ale intervenţiei educaţional-terapeutice, în viziunea experţilor internaţionali, din domeniul educaţiei integrate (**Popovici, D.V.**, 2007, pp. 111,112).

	Planul de servicii personalizat PSP	Planul de intervenție personalizat PIP
OBIECTIVE	- fixează obiectivele generale - stabilește proprietățile pe termen lung - are în vedere nevoile globale	- obiective pe termen mediu și scurt - modalități concrete de intervenție prin care se operaționalizează obiectivele - suportul material concret este curriculum-ul adaptat
ARIA DE DESFĂŞURARE	- are ca obiectiv satisfacerea cerințelor și nevoilor copilului deficient în ansamblul lor, acest spațiu lărgind foarte mult sfera lui de acțiune (câmp larg de desfășurare)	- are ca obiectiv doar un singur domeniu de dezvoltare, iar învățarea se poate limita chiar și la un capitol din curriculum-ul școlar
TIMPUL DE ACȚIUNE	- durata este mare, depășind chiar și un an școlar	- poate fi restrâns chiar pe o perioadă de luni sau chiar săptămâni
PARTENERI	- aduce în sprijin parteneri din domenii diferite de acțiune: medical, psihologic, psihopedagogic, educațional, cultural, social etc.	- are nevoie de o echipă restrânsă, formată **numai** din specialiști în domeniu

Planul de intervenție personalizat

- este realizat de echipa specialiștilor care lucrează direct cu copilul cu nevoi speciale în mod constant și pe o perioadă îndelungată (pe perioada școlarizării).
- membrii echipei cooperează în întocmirea acestui plan.
- din această echipă fac parte educatoarea / învățătorul / profesorul de la grupă / clasa în care este integrat copilul, profesorul de sprijin, logopedul, consilierul școlar, kinetoterapeutul etc.

În psihopedagogia românească s-a impus, recent, un model de *plan de intervenție personalizat*, simplificat, cu următoarea structură, pe care o redăm în continuare (**Radu, I. D., Drăghici, D.**, 2007, pp. 23, 24):

MODEL DE PLAN DE INTERVENŢIE PERSONALIZAT,
preluat după (Radu, I. D., Drăghici, D. – 2007)

1) *Nume*
2) *Clasa*
3) *Nivelul de dezvoltare intelectuală, fizică, senzorială*
4) *Dacă există Planul de recuperare a copilului cu dizabilităţi*, întocmit de Serviciul de Evaluare complexă, de pe lângă Direcţia de Protecţie a Copilului; se trec tipurile de servicii propuse (protecţia copilului, educaţia formală şi nonformală/informală, sănătate, recuperare, altele), care devin obiective educaţionale.
5) *Prezentarea, pe scurt, a dificultăţilor pentru care elevul are nevoie de intervenţie personal*izată (care se transformă în obiective educaţionale, de realizat).
Exemple de dificultăţi:
- de învăţare – material (ce anume);
- de integrare în colectivitate (ce anume);
- de integrare socială (ce anume);
- de comunicare: limbaj oral/scris (ce anume);
- de deplasare şi locomoţie (ce anume);
- de sănătate (ce anume);
- de alimentaţie (ce anume);
- de conduită (ce anume) etc.
6) *Cine efectuează acţiunea*:
Obligatoriu învăţătorul, dirigintele sau învăţătorul/profesorul de sprijin /itinerant, la care se adaugă, după caz, logopedul, psihologul, consilierul, medicul, familia etc.
7) *Când are loc acţiunea*: se menţionează perioada (de preferinţă 3 luni), cu defalcare de timp; ce face învăţătorul/dirigintele, profesorul de sprijin itinerant, familia, logopedul, elevul etc.
8) *Cum are loc acţiunea*: (cum se desfăşoară). Este partea cea mai laborioasă a acţiunii, menţionându-se obiectivele şi strategiile fiecărui factor de intervenţie (învăţător, profesor, diriginte, profesor de sprijin, logoped, medic, familie, asistent social etc.).
9) *Evaluarea procesului de învăţare şi a intervenţiilor*. Evaluarea trebuie să permită atât aprecierea gradului în care elevul realizează sarcina şi nivelul de atingere a obiectivelor, cât şi eficienţa strategiilor de intervenţie realizate (evaluare iniţială, formative în timpul procesului, sumativă sau a rezultatelor).
10) *Concluzii pe baza evaluării şi revizuirea programului de intervenţie personalizată*. Se pot repeta obiectivele (sau unele dintre ele) propuse anterior şi realizate sau se stabilesc alte obiective, nu mai mult de 3-4 în total (care să vizeze înlăturarea deficienţelor şi dificultăţilor de la punctele 4 şi 5, de mai sus).
11) *Bilanţul progreselor în realizarea obiectivelor şi propuneri*. Se realizează la finele anului sau la sfârşitul unei etape propuse în Planul de recuperare a copilului cu dizabilităţi, întocmit de Serviciul de evaluare complexă.

Planul prezentat, conceput de autorul citat, şi-a demonstrat eficienţa în activitatea practică din domeniul educaţiei integrate, în Judeţul Braşov, unde, în prezent învaţă în şcoli incluzive peste o mie de elevi cu handicap, majoritatea dintre aceştia fiind cu handicap mintal.

2. PERSPECTIVA ISTORICĂ CU PRIVIRE LA INTEGRARE ŞI INCLUZIUNE

2.1. Etapele dezvoltării învăţământului special şi integrat

Istoria sistemului de învăţământ special este strâns legată de câteva aspecte esenţiale, care se referă la:

a) evoluţia atitudinilor, percepţiilor şi reprezentărilor sociale despre persoanele cu handicap;
b) dezvoltarea instituţiilor de învăţământ special şi a unor modele educaţionale de abordare din ce în ce mai eficiente, cu proiectarea unei legislaţii adecvate în acest domeniu.

a) Din punct de vedere al felului în care a fost privită şi tratată persoana cu handicap în procesul de recuperare, se disting, în principal, trei moduri de abordare ale acesteia în calitate de pacient, client şi cetăţean.

Abordările respective au depins de poziţia dominantă a unei discipline ştiinţifice sau alteia, în cadrul procesului de intervenţie terapeutică şi de modul de valorizare a persoanei cu handicap în societate.

Cea mai îndelungată perioadă a fost cea în care, persoana cu handicap a fost privită ca un pacient, deoarece ştiinţele medicale erau predominante în „tratarea sa”, prin aplicarea unui model medical de recuperare.

Această percepţie s-a schimbat în momentul în care asistenţa socială a început să-şi afirme rolul preponderent în cadrul procesului de intervenţie, transformând persoana cu handicap din pacient în client şi introducând modelul social în recuperare.

În perioada contemporană, ştiinţele juridice, prin prevederile generoase, legate de necesitatea respectării drepturilor fundamentale ale omului pentru persoanele cu handicap, au determinat valorizarea superioară a acestei categorii de persoane, prin considerarea acesteia ca cetăţean egal în drepturi cu ceilalţi membri ai comunităţii de apartenenţă, într-o autentică „societate pentru toţi”.

Sintagma *„societate pentru toţi”*, care face trecerea de la integrarea la incluziunea socială a persoanelor cu handicap, a fost pentru prima dată definită în Declaraţia de la Madrid, adoptată în urma Congresului European al Persoanelor cu Handicap, din anul 2002.

b) Apariţia primelor forme organizatorice de învăţământ special, sub forma unei clase speciale pentru copii „neglijaţi” şi neglijabili, datează din anul 1850. Atunci a fost fondată această clasă specială în oraşul Drammen, din Norvegia, situat la mică distanţă de Oslo, capitala acestei ţări.

Evenimentul este considerat a fi punctul de plecare în construcţia sistemului de învăţământ special, atât în Norvegia, cât şi în Europa (**Johansen, B. H., Skyorten, D. M.**, 2001, pp. 133-154).

În România, în 1864, a fost înfiinţată prima grupă de copii surzi, la Azilul ELENA DOAMNA din Bucureşti, care în 1889 a fost mutată la Şcoala de Surzi din Focşani, nou înfiinţată.

Ulterior, prima şcoală pentru educaţia specială din Norvegia a fost deschisă din iniţiativa particulară din 1874. A fost urmată, la scurt timp, de fondarea unei şcoli pentru copii cu dizabilităţi de învăţare, din iniţiativa lui Johan A. Lipepestod, care a remarcat faptul că nu toţi elevii puteau să înveţe după aceeaşi programă şcolară, din cauza abilităţilor lor şcolare scăzute (**Johansen, B. H., Skyorten, M. D.**, 2001, pp. 133-154).

La începutul secolului XX, s-au pus bazele unui sistem articulat de învăţământ special, în numeroase ţări din Europa. Tot în această perioadă, Albert Binet a fondat sistemul de şcoli speciale din Franţa, în care elevii deficienţi mintal erau trimişi în urma măsurării coeficientului lor de inteligenţă, pe baza unui test standardizat pentru stabilirea coeficientului de inteligenţă, elaborat de celebrul psiholog francez, menţionat anterior.

În acelaşi timp, tot atunci, s-au pus bazele sistemului de şcoli speciale din România, mai întâi bazate pe iniţiativa privată.

Reţeaua de şcoli, organizată în funcţie de tipul şi profunzimea deficienţei elevilor, s-a dezvoltat ulterior rapid, atât în Europa, cât şi în SUA până la începutul anului 1970.

În acel moment, numărul elevilor cu deficienţe din instituţiile de învăţământ special separate, a început să scadă, mai întâi în Ţările Scandinave şi apoi, de la mijlocul anilor '70 în Statele Unite, prin trecerea la integrarea educaţională a acestora în şcolile publice.

În paralel, s-a încercat reformarea din interior a instituţiilor de învăţământ special, prin transformarea lor în instituţii de mici dimensiuni, de tip familial rezidenţial, cu un număr scăzut de elevi cu deficienţe, având strânse legături în comunitatea de apartenenţă.

De la sfârşitul anilor '70, şcolile speciale separate încep să coexiste, într-o serie de ţări din Vestul Europei şi din SUA, cu şcolile integratoare al căror grad de incluzivitate a crescut treptat, şcolarizând un număr din ce în ce mai mare de elevi cu deficienţe.

Acest proces, deosebit de complex, nu a fost unul doar de tip linear ascendent, ci a cunoscut o serie de reculuri şi repoziţionari chiar şi în Ţările Scandinave, considerate ca fiind autentice campioane ale integrării educaţionale şi sociale ale persoanelor cu handicap.

În momentul de faţă, cele două sisteme de învăţământ special coexistă sub diverse variante, cu menţiunea faptului că, instituţiile de învăţământ incluzive au avansat considerabil, nu numai în multe dintre ţările din Vestul Europei, ci şi în cele din Estul Europei, dar şi pe alte continente, incluzând aici şi ţările denumite „în curs de dezvoltare".

Totuşi, în acest context, tot Norvegia rămâne un model de eficienţă, deoarece aici în urma aplicării extinse a principiului incluziunii, începând cu anul 1991, s-au închis majoritatea şcolilor naţionale speciale, iar elevii cu deficienţe au fost integraţi în şcolile publice locale. În urma acestei acţiuni, conform statisticilor oficiale, mai beneficiau de educaţie în şcoli sau clase speciale, la începutul anului 2000, 1% din totalul populaţiei de elevi (**Johnsen, B. H., Skyorten, M. D.**, 2001).

Învăţământul special s-a bazat, în esenţă, pe adoptarea în ordine cronologică a trei moduri de abordare ale educaţiei, care s-au confruntat şi se mai confruntă şi în prezent pe plan internaţional şi intern:

- abordarea tradiţională a educaţiei speciale;
- abordarea bazată pe educaţia copiilor cu nevoi speciale, pornindu-se de la premisa de ordin educaţional, care face inutilă încadrarea pe grupe şi tipuri de handicap;

- abordarea bazată pe educaţia totală, conform căreia, organizaţiile şcolare trebuie să se schimbe în profunzime pentru a putea răspunde celor mai diverse nevoi educaţionale ale tuturor elevilor.

Jasper Holst, profesor la Universitatea din Copenhaga, a publicat recent, o pertinentă analiză critică asupra principalelor trăsături ale acestor abordări, pe care o redăm în continuare (Jasper Holst, 2008, pp. 20-21).

Aceste abordări constituie perspective teoretice. În practică, ele vor fi amestecate şi va fi dificilă regăsirea lor aşa cum au fost descrise în forma lor ideală, conform tabelului de mai jos;

Trei abordări tipice ideale pentru managementul diversităţii elevilor
(preluat după Jasper Holst, 2008, pp. 20, 21)

	Educaţia specială	**Educaţia axată pe nevoi speciale**	**Educaţia totală**
Înţelegerea elevilor	Modelul medical. Unii elevi sunt trimişi spre educaţia specială datorită unor probleme personale	Model individual. Toţi copiii au nevoi educaţionale diferite şi unele nevoi educaţionale speciale	Modelul mediului înconjurător. Toţi copiii sunt diferiţi, iar şcolile ar trebui dezvoltate, astfel încât să vină în întâmpinarea diversităţii
Definirea problemei	Copilul este problema şi trebuie acomodat atât cât se poate	Copilul este problema, şi pentru acest lucru trebuie adaptat procesul de predare şi de învăţare	Sistemul educaţional, şcoala şi actul de predare sunt problema, şi de aceea trebuie să fie de aşa natură dezvoltate încât să vină în întâmpinarea diversităţii copiilor
Evaluarea	Elevul trebuie să fie evaluat, testat şi diagnosticat pentru a se găsi cauza problemelor lui de învăţare	Elevul trebuie evaluat pentru a se găsi cea mai bună cale de uşurare a procesului de învăţare pentru copil	Sistemul educaţional, şcoala şi actul de predare trebuie evaluate pentru a fi apte să răspundă diversităţii elevilor
Încadrarea în categorii	Elevul va fi diagnosticat şi încadrat într-o anume categorie, iar apoi trimis către o educaţie specială unde va fi alături de alţi elevi încadraţi în aceeaşi categorie	Elevii vor fi încadraţi în grupa cu SEN sau fără SEN cu scopul de a veni în întâmpinarea celor cu nevoi speciale de educaţie	Elevii nu vor fi încadraţi în funcţie de nevoile educaţionale. Şcoala şi actul de predare pot fi clasificate în funcţie de abilitatea managementului diversităţii elevilor
Profesionalism	Cunoaşterea şi expertiza predării la o categorie specială. De pildă, pentru copiii cu ADHD	Cunoaşterea şi expertiza în dezvoltarea actului de predare individualizat, care vine în întâmpinarea nevoilor speciale ale elevilor	Cunoaşterea şi expertiza în dezvoltarea şcolilor şi a proceselor învăţare-predare de care să beneficieze toţi elevii

Cele trei abordări – educaţia specială, educaţia axată pe nevoi speciale şi educaţia totală – se bazează pe idei şi viziuni diferite care trasează orientări diverse în ceea ce priveşte sistemul de educaţie. În acest fel, educaţia axată pe nevoi speciale sau educaţia totală nu sunt doar nume noi pentru educaţia specială. Ele sunt modalităţi diferite de a administra diversitatea elevilor. Dacă politica este dezvoltarea educaţiei speciale tradiţionale, atunci vor exista consecinţe pentru evaluarea elevilor, pentru stabilirea măsurilor necesar a fi luate în educaţia specială, precum şcoli speciale şi clase speciale, pregătire adecvată. Consecinţele adoptării teoriei educaţiei speciale, ca viziune, vor fi diferite, iar uneori în directă opoziţie cu cele ale educaţiei axate pe nevoi speciale sau educaţiei totale, ca viziune pentru dezvoltarea sistemelor educaţionale.

Remarcăm, din prezentarea de mai sus a concepţiei autorului danez, importanţa pe care o are stabilirea de la început a unei paradigme educaţionale, bazată pe apartenenţa la un model de educaţie specială clar conturat, fapt care va duce la evitarea unor eşecuri legate de lipsa unei direcţii inteligibile în acţiunea practică cu elevii cu nevoi speciale.

c) În legătură cu dezvoltarea legislaţiei, legată de învăţământul special şi integrat, considerăm că, această evoluţie se poate împărţi pe trei etape distincte:

1. Etapa în care s-au pus bazele legislaţiei cu privire la sistemele naţionale de învăţământ special, bazate pe organizaţii şcolare separate, în funcţie de categoria şi tipul deficienţei elevilor din diverse ţări ale lumii.

Debutul acestei prime etape a avut loc, pe plan internaţional, cu două decenii înainte de sfârşitul secolului XIX (posibil începând cu anul 1881, când Norvegia a adoptat *Regulamentul cu privire la şcolile speciale*) şi a ţinut până în anul 1975 (**Johnsen, H. B., Skyorten, M. D.,** 2001).

În cadrul acestei etape, mai ales în primele decenii ale secolului XX, majoritatea statelor europene au adoptat o serie de prevederi legislative, legate de reglementarea unui sistem de învăţământ special, paralel cu sistemele naţionale de învăţământ, de mai mică sau mai mare amploare (exemple concludente în acest sens fiind Franţa şi România).

2. Etapa de început a schimbărilor legislative în unele ţări ale lumii, când a fost înlocuită legislaţia naţională cu privire la sistemul de învăţământ special segregat, cu alta nouă, care punea bazele unui sistem de învăţământ integrat.

Această etapă a început în anul 1975, când în Norvegia fiecărui copil deficient i s-a garantat, prin legislaţie, dreptul de a începe educaţia, formal, în şcoala locală şi în SUA a fost votată Legea federală a educaţiei pentru toţi, care prevedea obligativitatea şcolilor publice să şcolarizeze elevi cu deficienţe, beneficiind şi de fonduri federale suplimentare în acest scop.

Tot în anii '70, la cea de-a 20-a sesiune a CONFERINŢEI GENERALE UNESCO, s-a recomandat să se pună la punct un program de ansamblu şi de perspectivă, vizând accentuarea dreptului fiecărei persoane cu handicap de a primi o educaţie corespunzătoare nevoilor şi aspiraţiilor sale.

Rezultatele studiilor efectuate s-au concretizat într-o DECLARAŢIE DE PRINCIPIU, datând din 1979, pe care trebuia să se fundamenteze programele UNESCO, în continuare.

Din cuprinsul acestei Declaraţii, pot fi reţinute următoarele idei mai importante, care se recomandă să fie transpuse în legislaţiile statelor membre:

1. obiectivele fundamentale ale educaţiei sunt aceleaşi pentru toţi copiii, variind doar tehnicile care se impun, pentru a-i ajuta să le atingă (astfel, pentru unii, vor fi necesare modificări substanţiale ale programelor educative, iar pentru alţii modificările vor fi minore);

2. resursele educative mobilizate în sprijinul/beneficiul elevilor cu handicap, trebuie să fie comparative cu cele de care dispun ceilalţi copii şi trebuie să răspundă nevoilor specifice ale persoanelor cu handicap (adeseori neglijate);

3. programele de educaţie specială sunt foarte costisitoare, deoarece atrag cheltuieli suplimentare;

4. rezultă din studiile efectuate pe plan mondial, în legătură cu programele de recuperare şi educare, că avantajele economice ce decurg din aceste programe vor înclina balanţa în favoarea lor;

5. se apreciază că serviciile de educaţie specială trebuie să fie individualizate, accesibile, iar activitatea lor trebuie să cuprindă:

- evaluări exacte ale fiecărui copil;
- obiective şi metode clar definite şi pe termen scurt analizate şi modificate, când este cazul.

În concluzie, se subliniază că, *nici un copil de vârstă şcolară nu poate fi privat de educaţie din cauza gravităţii handicapului sau să beneficieze de servicii educative net inferioare celor de care se bucură ceilalţi copii.*

A fost, de asemenea, analizată tema integrării. Astfel, s-a recomandat ca în viitor:

- programele educaţionale să se înscrie în diverse cadre, care să permită majorităţii copiilor includerea într-un mediu şcolar normal şi
- să se pună la punct programe intensive din domeniul educaţiei, atunci când este cazul.

Principiul de bază care trebuie respectat în orientarea politicilor educaţionale, va fi acela al integrării în colectivitate a persoanelor cu handicap prin găsirea unor soluţii optime, atât educaţionale, cât şi din alte domenii.

În consecinţă, după experţii UNESCO, fiecare ţară are obligaţia să studieze soluţiile juridice ce convin propriei situaţii şi să conceapă propria strategie în acest domeniu, destinată evitării segregării şi discriminării.

Această etapă a luat sfârşit la începutul anilor '90, cand au fost adoptate principalele documente internaţionale, care cuprind numeroase recomandări de maximă importanţă pentru proiectarea politicilor educaţionale bazate pe integrare.

3. Etapa contemporană este cea consacrată elaborării unor documente internaţionale fundamentale, de către ONU, UNESCO, UNICEF etc., care conţin seturi de recomandări esenţiale cu privire la modul de proiectare al politicilor educaţionale incluzive, în vederea respectării principiului egalităţii de şanse pentru persoanele cu handicap, în toate domeniile inclusiv, în cel al învăţământului.

Asupra conţinutului acestor documente vom reveni în paragraful următor.

Tot în această perioadă, o serie de state din Vestul şi apoi din Estul Europei, şi-au adaptat legislaţia cu privire la învăţământul integrat, în acord cu recomandările din documentele internaţionale mai sus menţionate.

Acest amplu proces de reformă legislativă a fost accelerat, mai ales după anul 2000.

România reprezintă un bun exemplu în acest sens, deoarece actele normative adoptate, mai ales după anul 2000, asigură, în momentul, de faţă o legislaţie coerentă în domeniul integrării, din păcate insuficient valorificată în practica educaţională, la care ne vom referi ulterior.

În concluzie, aşa cum se observă din cele prezentate anterior, treptat, dar mai ales după mijlocul anului 1975, sistemele de învăţământ special din diversele ţări ale lumii, au devenit din ce in ce mai incluzive, pe baza unui amplu şi gradual proces de reformare legislativă.

2.2. Scurt istoric al principalelor prevederi din documentele internaţionale cu privire la domeniul educaţiei integrate

Principalele prevederi din documentele internaţionale, cu privire la domeniul educaţiei integrate, se găsesc în Recomandările Consiliului Europei R 92/6/904/92, Regulile Standard privind Egalizarea Şanselor Persoanelor cu Handicap (adoptate la Sesiunea ONU din 20 decembrie 1993, prin Rezoluţia 48/96) şi Declaraţia de la Salamanca, adoptată la Conferinţa Mondială asupra Educaţiei Speciale, organizată de Spania sub egida UNESCO, între 7-10 iunie 1994, Carta Drepturilor Fundamentale a Uninuii Europene (2000.C364/01), Recomandarea 5 a Consiliului de Miniştri al Statelor Membre ale Consiliului Europei, Planul de acţiune, dreptul şi participarea deplina a persoanelor cu dizabilităţi în societate, creşterea calităţii vieţii persoanelor cu dizabilităţi în Europa 2006-2015

Prezentăm în continuare o sinteză a principalelor prevederi din documentele menţionate.

I. Recomandările Consiliului Europei

R92/6/904/92

Toate persoanele cu deficienţe, în funcţie de tipul sau gradul deficienţei, au dreptul la educaţie corespunzătoare, care să răspundă cerinţelor şi dorinţelor lor.

Educaţia va asigura persoanelor deficiente următoarele:

1. atingerea celui mai înalt nivel posibil de dezvoltare personală;
2. va stimula învăţarea, luând în consideraţie caracteristicile deficienţelor şi folosind forme de sprijin pentru facilitarea învăţării;
3. va contribui la acceptarea deficienţelor şi achiziţionarea deprinderilor necesare pentru depăşirea obstacolelor cu care se confruntă.

Obiectivele educaţiei speciale

Educaţia va ajuta persoanele cu deficienţe să atingă cea mai mare independenţă economică posibilă, astfel încât să contribuie la dezvoltarea socială a ţării lor. În afară de formarea deprinderilor academice, educaţia tinerilor va cuprinde:

- formarea deprinderilor sociale şi pregătirea pentru viaţa independentă, în colaborare cu părinţii şi educatorii;
- asistenţa practică pentru existenţa şi integrarea în societate.

Obiectivele şi sensurile educaţiei constau în educarea copilului deficient, ca parte a unui program individual pedagogic educaţional şi terapeutic global, care este adaptat nevoilor, capacităţilor şi dorinţelor (cerinţelor) sale.

Specialiştii vor asocia familia copilului pe cât mai mult posibil în mod activ, la proiectarea, aplicarea, urmărirea şi evaluarea programului desemnat. Familia va fi în permanenţă informată asupra evoluţiei copilului şi va beneficia de tot sprijinul de care are nevoie.

Ţinând cont că principiile intervenţiei timpurii sunt în interesul copilului, este necesar:

- să se înceapă cu măsuri medico-educaţionale încă de la vârsta preşcolară, în special atunci când se intenţionează realizarea unei educaţii şcolare, mai uşoare în stadiile ulterioare;
- copilul să urmeze grădiniţa şi şcoala la o vârstă cât mai mică.

Între copiii deficienţi şi cei fără probleme se realizează contacte care asigură o stimulare puternică, în vederea integrării ambelor categorii. Pentru aceasta, educaţia trebuie realizată într-un mediu obişnuit, împreună cu grupuri de copii normali, acolo unde poate fi asigurată, totdeauna, asistenţa necesară pentru copiii deficienţi, în vederea rezolvării cerinţelor specifice, prin utilizarea echipamentelor terapeutice, tehnice şi educaţionale, prevăzute pentru fiecare caz în parte.

Atunci când situaţia individuală a copilului cere educaţie specializată, obişnuită sau combinată, se impun măsuri continue, care includ:

- o strânsă colaborare între şcolile speciale şi cele generale;
- contacte între copiii cu şi fără deficienţe, de aceeaşi vârstă;
- îcurajarea tranziţiei către şcolile obişnuite, unde este posibil;
- încurajarea abordărilor inovatoare, în scopul sprijinirii indivizilor.

Grădiniţele sau, în unele cazuri, serviciile pedagogice preşcolare, reprezintă un punct de pornire favorabil pentru educarea în comun a copiilor cu şi fără deficienţe. Aceasta se realizează atunci când ele sunt capabile să utilizeze mijloace flexibile pentru încurajarea indivizilor; copiii învaţă să se socializeze unul de la altul şi nu în cadrul unui program educaţional bazat pe performanţe standardizate.

Caracteristicile şi tipul de şcoală vor fi alese în funcţie de rezultatele unui proces de evaluare atentă, în care părinţii şi copiii cu deficienţe, să fie examinaţi de o comisie multidisciplinară de specialişti, care întrebuinţează tehnici de analiza copilului şi se concentrează pe capacităţile (abilităţile), dorinţele şi nevoile acestuia.

O atenţie specială trebuie acordată rolului şi impactului noii tehnologii, asupra planificării procesului educaţional. Este necesar să fie investigate modurile în care computerele pot sprijini educaţia copiilor cu deficienţe.

Deoarece contactele între şcoală şi familia copilului sunt deosebit de importante, vor fi încurajate interesul şi participarea familiei în munca şcolii. Trebuie subliniat că, tranziţia copilului de la un mediu educaţional la altul, reclamă o mare adaptabilitate, atât din partea copilului, cât şi a familiei, care vor avea nevoie de sprijin psihologic.

Toţi copiii cu deficienţe, indiferent de natura acestora, sunt îndreptăţiţi la o educaţie corespunzătoare, într-un mediu adecvat, în acord cu cerinţele (nevoile) lor şi dorinţele familiei.

Tuturor copiilor deficienţi, dacă beneficiază de pe urma educaţiei, trebuie să li se acorde posibilitatea continuării acesteia.

Educaţia în şcolile incluzive

Pentru ca, un număr cât mai mare posibil de copii cu deficienţe, să urmeze şcoala obişnuită trebuie satisfăcute următoarele cerinţe:

1. să se asigure servicii medico-terapeutice şi psihologice;
2. să se pună la dispoziţie clase adaptate, din punct de vedere al formei, în care profesorul titular să fie ajutat, dacă este necesar, de alt personal calificat corespunzător;
3. să se asigure clădiri şi echipamente adaptate pentru copiii deficienţi, incluzând măsuri pentru îmbunătătirea accesibilităţii şi transportului;
4. să se folosească metode, materiale, curriculum-uri şi proceduri de examinare adaptate;
5. să se aplice metode de consiliere şi concepţii de acţiune, care ţin seama de tipul de deficienţă cărora li se adresează.

Aceste cerinţe trebuie îndeplinite pentru că, încercarea de a educa copiii deficienţi alături de cei normali, fără asigurarea sistemelor de sprijin necesare, compromite şansele de egalitate şi, depinde de situaţia fiecărui caz în parte şi de specificul deficienţei, dacă copiii cu handicap fac progrese mai mari într-o şcoală specială sau una obişnuită.

Vor fi analizate, cu grijă, dorinţele părinţilor de a se asigura facilităţile terapeutice şi educaţionale, în apropierea domiciliului.

Educaţia specială

Elevii cu handicap profund, care nu pot urma o grădiniţă obişnuită, vor primi educaţie specială preşcolară, fie acasă sau într-un centru special, de exemplu, într-o grădiniţă specială.

Un număr suficient de şcoli speciale şi profesionale speciale vor fi organizate, echipate cu mijloace tehnice necesare, în vederea acordării unui sprijin individual şi colectiv, vor fi încadrate cu profesori cu calificare în domeniul educaţiei speciale, vor fi prevăzute să funcţioneze ca centre de resurse pentru şcolile obişnuite şi vor fi legate de şcolile obişnuite pentru a dezvolta colaborarea.

Unde îngrijirea în mediul instituţional este necesară, ea va fi asigurată într-o atmosferă familială. Pentru evitarea izolării prelungite a copilului, este indicată plasarea sa în familii adoptive şi este încurajată colaborarea permanentă între copiii deficienţi şi părinţii lor.

Educaţie şi recuperare

În cadrul educaţiei elevilor deficienţi, acestora li se va asigura accesul la programe şi resurse, destinate să-i ajute la pregăirea profesională, cum ar fi pregătirea vocaţională şi alte sisteme de sprijin.

Vor fi stabilite legături, în timpul desfaşurării procesului de învăţământ, între activităţile de educaţie, astivităţile de profesionalizare şi viitoarele ocupaţii alese prin organizarea unei evaluări a maturizării profesionale curente (obişnuite) sau specializate.

În cadrul şcolii, copiii trebuie să aibă acces la resurse variate de recuperare din domeniul medical şi funcţional.

Tinerii cu deficienţe, în special cei cu dificultăţi de învăţare, trebuie să primească sprijin educaţional special, în cadrul orelor de curs.

Instituţiile de învăţământ vor fi uşor accesibile şi adaptate, structural, nevoilor copiilor cu deficienţe.

Educarea adulţilor deficienţi (cu deficienţe)

Va fi acordată o atenţie deosebită rolului educaţiei pentru adulţi, în special în ceea ce priveşte persoanele cu deficienţe mintale. Educaţia pentru adulţi va asigura toate condiţiile posibile pentru persoanele cu deficienţe, incluzând formarea deprinderilor de bază şi educaţia specializată.

Vor fi luate în consideraţie nevoile persoanelor vârstnice cu deficienţe, deoarece, acestea se diferenţiază de cele ale altor adulţi cu deficienţe. Persoanele vârstnice pot beneficia, semnificativ, de o educaţie de criză, pentru autoconducere, de formarea deprinderilor cotidiene, precum şi de pe urma participării în cadrul unor programe integrate pentru educarea adulţilor.

II. Regulile standard privind egalizarea şanselor persoanelor cu handicap

Sesiunea Adunării ONU, din 20 dec.1993, a elaborat Rezoluţia, 48/96, care stabileşte regulile care consfinţesc obligaţiile autorităţilor faţă de persoanele cu handicap. Aceste reguli oferă un instrument pentru stabilirea politicilor şi atitudinilor, în favoarea persoanelor cu handicap.

Scopul acestor reguli este să li se asigure persoanelor cu handicap aceleaşi drepturi şi obligaţii cu cele ale persoanelor normale, în societate.

Conceptele fundamentale utilizate sunt următoarele:

I. INCAPACITATEA însumează un mare număr de diverse limitări funcţionale, care pot fi întâlnite la o populaţie, cauzate de disfuncţionalităţi fizice, intelectuale sau senzoriale, de condiţii de sănătate sau boli mintale. Ele pot fi permanente sau temporare.

II. HANDICAPUL înseamnă pierderea sau limitarea şanselor de a lua parte la viaţa comunităţii, la un nivel echivalent cu al celorlalţi membri ai săi. El descrie interacţiunea dintre persoana cu incapacităţi şi mediul său.

Scopul acestui concept este de a atrage atenţia asupra deficienţelor de mediu (informaţiile, comunicarea şi educaţia), la care persoana cu handicap nu poate participa, în condiţii de egalitate.

Terminologia curentă cuprinde două aspecte:

- recunoaşte necesitatea de a se adresa nevoilor individuale (cum ar fi reabilitarea şi ajutorul tehnic);
- interacţiunile societăţii (obstacolele de participare la viaţa acesteia).

III. PREVENIREA, înseamnă acţiunea destinată împiedicării apariţiei deficienţelor (intelectuale, senzoriale), *prevenţie primară*, sau împiedicării apariţiei deficienţelor ce determină limitări funcţionale permanente, *prevenţie secundară*.

IV. REABILITAREA este procesul destinat să dea persoanelor cu handicap şansa să ajungă şi să-şi păstreze niveluri funcţionale optime, furnizându-le acestora instrumentele cu ajutorul cărora pot obţine un grad mai mare de independenţă.

V. EGALITATEA ŞANSELOR este procesul, prin care, diversele sisteme ale societăţii şi mediului, sunt puse la dispoziţia persoanei cu handicap (serviciile, activităţile, informaţiile şi documentarea).

VI. PRINCIPIUL DREPTURILOR EGALE implică faptul că, necesităţile persoanelor cu handicap sunt de importanţă egală, iar resursele societăţii trebuie folosite pentru ca fiecare individ să aibă şanse egale de participare.

Persoanele cu handicap trebuie să rămână în comunităţi, unde să li se asigure serviciile necesare.

Dintre regulile standard mai importante, amintim:

REGULA 6 – EDUCAŢIA

Autorităţile din domeniul educaţiei generale sunt responsabile de educaţia persoanelor cu handicap, în contexte integrate. Educaţia acestor persoane, reprezintă o parte integrantă a sistemului general de învăţământ. Educaţia în şcolile obişnuite presupune asigurarea de interpreţi, pe de o parte, şi alte servicii corespunzătoare, pe de altă parte.

Trebuie acordată o atenţie specială:
- copiilor foarte mici, cu handicap;
- copiilor preşcolari, cu handicap;
- adulţilor cu handicap, în special femeilor.

Adaptarea practicilor educaţiei în învăţământul general presupune:
- politica clară (la nivel naţional);
- flexibilizarea şi îmbogăţirea curriculum-ului şcolar;
- materiale didactice de calitate, precum şi pregătirea profesorilor.

În situaţia în care, sistemul şcolar general nu face faţă nevoilor persoanelor cu handicap, se recomandă educaţia specială.

Educaţia copiilor cu handicap senzorial, este mai potrivită, în şcolile speciale, datorită necesităţilor de comunicare specifice ale acestora.

REGULA 14 - LEGISLAŢIA

Legislaţia naţională trebuie să asigure respectarea drepturilor persoanelor cu handicap. Statele trebuie să asigure respectarea drepturilor fundamentale civile şi politice, pe bază de egalitate cu ceilalţi cetăţeni.

Există două modalităţi de realizare a acestor condiţii, şi anume:
- înglobarea drepturilor şi obligaţiilor în legislaţia generală,
- includerea lor într-o legislaţie specială.

Legislaţia specială trebuie să aibă în vedere:
- decretarea unei legi separate, privind incapacitatea, (ex. Legea 448, din 6 decembrie 2006, privind Protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap din România);
- introducerea conceptului de incapacitate în paragrafe speciale, în cadrul legilor generale (ex. Legea învăţământului, 84/1995, din România);
- menţionarea persoanelor cu handicap în textele care servesc la interpretarea legilor existente.

Este de dorit, însă, ca aceste procedee să fie combinate.

De asemenea, este utilă stabilirea unui mecanism legal de depunere a reclamaţiilor pentru protecţia intereselor persoanelor cu handicap.

III. Declaraţia de la Salamanca

Între 7 şi 10 iunie 1994, a avut loc în Spania, la Salamanca, Conferinţa Mondială asupra Educaţiei Speciale, organizată de Guvernul Spaniol în colaborare cu UNESCO, conferinţă la care au fost prezenţi peste 300 de participanţi, reprezentând 92 de guverne şi 25 de organizaţii internaţionale, reunind personalităţi cu înalte responsabilităţi în domeniul educaţiei, conducători politici, reprezentanţi ai ONU şi ai organizaţiilor sale specializate, şi altor organizaţii internaţionale şi ai unor organizaţii de binefacere.

Obiectivul conferinţei a fost educaţia pentru toţi şi, în baza acestuia, au fost examinate schimbările politice fundamentale, necesare promovării unei abordări integratoare a educaţiei, adică, pentru a permite şcolilor de a se pune în slujba tuturor copiilor, şi în particular a celor cu cerinţe educaţionale speciale (CES).

Conferinţa de la Salamanca s-a finalizat cu **Declaraţia de la Salamanca** şi, de asemenea cu un **Cadru General de Acţiune.**

Aceste două documente sunt inspirate de principiile integrării şi a recunoaşterii necesităţii de a lucra pentru crearea „Şcolilor pentru toţi", acestea însemnând instituţii pentru şcolarizarea tuturor copiilor, care respectă diferenţele dintre aceştia, sprijină elevii în activitatea de învăţare şi care răspund cerinţelor individuale ale fiecăruia.

Declaraţia de la Salamanca se bazează, în primul rând, pe reafirmarea dreptului la educaţie al fiecărei persoane, aşa cum a fost constituit în 1948, prin Declaraţia Universală a Drepturilor Omului; de asemenea, reaminteşte numeroasele declaraţii ale ONU, culminând cu Regulile Standard asupra Egalizării Şanselor pentru Persoanele cu Handicap, din 1993, care îndeamnă statele să asigure condiţii necesare transformării educaţiei persoanelor cu handicap, într-o parte integrantă a sistemului educaţional general.

Delegaţii la Conferinţa Mondială asupra Educaţiei pentru Toţi, prin Declaraţia de la Salamanca, îşi afirmă ataşamentul la principiile Educaţiei pentru Toţi, recunoscând necesitatea de a asigura educaţia copiilor, tinerilor şi adulţilor cu cerinţe educaţionale speciale (CES), în cadrul sistemului obişnuit de educaţie. În acest sens, s-a concluzionat:

- fiecare copil are dreptul fundamental la educaţie şi fiecărui copil trebuie să i se ofere şansa de a ajunge şi de a se păstra la un nivel acceptabil de învăţare;
- fiecare copil posedă caracteristici, interese, aptitudini şi necesităţi de învăţare proprii;
- sistemele educaţionale ar trebui proiectate astfel încât să ţină seama de diversitatea acestor caracteristici şi necesităţi;
- persoanele cu cerinţe speciale trebuie să aibă acces în şcolile obişnuite, care trebuie să se adapteze unei pedagogii „centrată asupra copilului", capabilă de a ieşi în întâmpinarea acestor necesităţi;
- şcolile obişnuite, care au adoptat această orientare, sunt cele mai utile mijloace de combatere a atitudinilor discriminatorii, creând comunităţi primitoare, construind o societate incluzivă şi oferind educaţie pentru toţi elevii.

În concluzie, în Declaraţia de la Salamanca, se revine asupra principiilor generale, legate de egalizarea şanselor şi dreptul la educaţie al elevilor cu handicap. În acest context, se reaminteşte necesitatea instruirii şi educării tuturor copiilor, inclusiv a

celor cu handicap, în şcolile incluzive obişnuite, conform principiului că „toţi copiii trebuie să înveţe împreună, oricând acest lucru este posibil, indiferent de dificultăţile pe care le întâmpină aceştia sau de diferenţele dintre aceştia".

Pentru prima dată se vorbeşte în această Declaraţie de faptul că „programa şcolară trebuie adaptată la cerinţele copiilor şi nu vice-versa", precum şi de faptul că „şcolile speciale pot servi drept centre de instruire şi resurse de personal pentru şcolile obişnuite" şi de educaţie pentru un număr relativ mic de elevi cu handicap, care nu pot fi incluşi în clasele obişnuite ale şcolilor (**Radu, I. D.**, 2005).

Se mai face apel la implicarea guvernelor, grupurilor de susţinere, comunităţilor şi grupurilor de părinţi şi, în particular, organizaţiilor persoanelor cu handicap, în încercarea de îmbunătăţire a accesului la educaţie a majorităţii persoanelor cu cerinţe speciale.

Prezentul document reflectă un consens internaţional asupra orientărilor ce trebuie adoptate în viitor, în materie de educaţie şi de cerinţe educaţionale speciale. Toate părţile interesate trebuie să accepte această provocare şi să lupte ca educaţia să devină, într-adevăr, PENTRU TOŢI, şi, în particular, pentru cei vulnerabili şi pentru cei care au cea mai mare nevoie de aceasta.

CARTA DREPTURILOR FUNDAMENTALE A UNIUNII EUROPENE (2000/C364/01) specifica în **Articolul 14 (Dreptul la educaţie).** „Orice persoană are dreptul la educaţie, precum şi accesul la formare profesională şi formare continuă".

În **Articolul 26 (Integrarea persoanelor cu handicap)** se specifică: „Statele membre ale Uniunii Europene recunosc şi respectă dreptul persoanelor cu dizabilităţi de a beneficia de măsuri care să le asigure autonomia, integrarea socială şi profesională, precum şi participarea la viaţa comunităţii"

Miniştrii educaţiei şi alţi responsabili pentru învăţământul superior au semnat, în 2004, un memorandum de înţelegere în care se angajează să coopereze în cadrul „Programului detaliat de lucru al Uniunii Europene pentru atingerea obiectivelor educaţiei şi a sistemului de formare din Europa". Totodată, ministerele semnatare au declarat că „lărgirea accesului la o educaţie de calitate şi asigurarea de oportunităţi egale de învăţare, în special în comunităţile de rromi şi pentru alţi membri ai unor grupuri dezavantajate, inclusiv membri cu un venit scăzut, persoane cu dizabilităţi, cetăţeni ai comunităţilor izolate geografic, rurale etc., trebuie să prezinte o formă prioritară pentru dezvoltarea educaţiei". (**Baba, L., Borca, C., Runceanu, L., Vrasmas, E.,** 2009, pp. 6-7).

Recomandarea 5 a Consiliului de Miniştri ai Statelor Membre ale Consiliului Europei, Planul de acţiune dreptul şi participarea deplină a persoanelor cu dizabilităţi în societate – creşterea calităţii vieţii persoanelor cu dizabilităţi în Europa 2006-2015 în Direcţia nr. 4 – EDUCAŢIA, menţionează următoarele aspecte:

- Educaţia este factorul principal în asigurarea includerii şi independenţei tuturor persoanelor, inclusiv a celor cu dizabilităţi. Influenţele sociale, de exemplu familia şi prietenii, contribuie, de asemenea, la atingerea obiectivelor acestei directive, care ar trebui să acopere toate etapele vieţii, inclusiv educaţia preşcolară, primară, secundară, liceală şi calificarea profesională, precum şi învăţarea pe parcursul vieţii.

- Crearea de oportunităţi pentru persoanele cu dizabilităţi de a participa în educaţia de masă nu este importantă doar pentru acestea, ci contribuie la înţelegerea diversităţii umane de către persoanele cu dizabilităţi. În concordanţă cu scopul includerii, structurile de masă şi cele specializate trebuie încurajate să colaboreze pentru a sprijini persoanele cu dizabilităţi din comunităţile locale.

Prin această recomandare se urmăreşte:

1. Să se asigure că toate persoanele, indiferent de natura şi gradul de handicap, au acces egal la educaţie şi îşi dezvoltă la potenţialul maxim personalitatea, creativitatea, abilităţile intelectuale şi fizice.
2. Să se asigure că persoanele cu dizabilităţi au acces la educaţia de masă, prin încurajarea autorităţilor în implementarea măsurilor educaţionale necesare pentru a veni în întâmpinarea nevoilor persoanelor cu dizabiltăţi.
3. Să sprijine şi să promoveze învăţarea pe parcursul vieţii pentru persoanele cu dizabilităţi de toate vârstele şi să faciliteze trecerea eficientă şi efectivă de la o etapă la alta a educaţiei şi de la educaţie la angajare.
4. Să dezvolte la toate nivelurile sistemului educaţional, inclusiv la toţi copiii şi de la vârstă fragedă, o atitudine de respect faţă de drepturile persoanelor cu dizabilităţi.

Pentru a atinge aceste obiective, statele membre trebuie să întreprindă următoarele *acţiuni specifice*:

1. Promovarea legislaţiei, a politicilor şi a planurilor pentru prevenirea discriminării copiilor, tinerilor şi adulţilor cu dizabilităţi prin accesul la toate etapele educaţiei din primii ani de viaţă până la vârsta adultă. Aceasta se realizează prin consultarea persoanelor cu dizabilităţi, a părinţilor, a persoanelor care oferă sprijin, a organizaţiilor neguvernamentale şi a altor instituţii implicate în educaţia şi formarea acestor persoane.
2. Încurajarea şi sprijinirea dezvoltării sistemului educaţional de tip unificat, prin promovarea educaţiei de masă şi a celei specializate, care promovează schimbul de experienţă şi incluziunea copiilor, a tinerilor şi adulţilor cu dizabilităţi în comunitate.
3. Evaluarea timpurie a nevoilor educaţionale speciale ale copiilor, tinerilor şi ale adulţilor cu dizabilităţi în scopul planificării intervenţiilor educaţionale.
4. Monitorizarea implementării planurilor educaţionale.
5. Asigurarea sprijinului necesar pentru copiii cu dizabilităţi din cadrul sistemului educaţional de masă. În cazuri excepţionale, unde nevoile educaţionale speciale nu sunt îndeplinite în cadrul sistemului educaţional de masă, statele membre se vor asigura că sunt luate măsuri eficiente pentru sprijinul de tip alternativ, în scopul incluziunii totale.
6. Încurajarea calificării iniţiale şi continue pentru toţi profesioniştii şi personalul care lucrează în toate etapele educaţiei pentru conştientizarea problematicii dizabilităţii şi pentru a utiliza tehnici şi materiale educaţionale adecvate elevilor cu dizabilităţi.
7. Asigurarea accesibilităţii materialelor şi planurilor educaţionale oferite în sistemul educaţional de masă.

8. Includerea în planurile de învăţământ a unor teme cu privire la persoanele cu dizabilităţi, ca persoane care au drepturi egale cu toţi cetăţenii.
9. Conştientizarea dizabilităţii ca parte integrală a programei din şcolile şi instituţiile de masă.
10. Accesibilizarea instituţiilor de învăţământ şi de formare profesională pentru persoanele cu dizabilităţi, inclusiv prin acordarea sprijinului individual şi operarea adaptărilor (inclusiv echipamentul) pentru a veni în întâmpinarea nevoilor acestor persoane.
11. Implicarea părinţilor copiilor cu dizabilităţi ca parteneri activi în elaborarea planurilor educaţionale individualizate. (**Baba, L., Borca, C., Runceanu, L., Vrăşmaş, E.**, 2009, pp. 7-8).

În concluzie, se poate observa că, o parte dintre acţiunile prevăzute de acest document se înscriu în categoria idealurilor educaţionale, care necesită timp îndelungat pentru a fi atinse şi restructurări profunde ale sistemului de învăţământ general şi special.

2.3 Evoluţia reglementărilor legislative interne cu privire la domeniul educaţiei integrate

Prezentăm în continuare evoluţia selectivă a principalelor reglementări legislative, existente în prezent în ţara noastră, care se referă la domeniul educaţiei integrate.

Prima lege a educaţiei, apărută după perioada comunistă, **LEGEA ÎNVĂŢĂMÂNTULUI - NR. 84/1995** (republicată în M.O. al României, nr. 606 din 10 decembrie 1999) cuprinde următoarele prevederi mai importante, referitoare la domeniul integrării educţionale şi sociale a elevilor cu deficienţe, în capitolul VI – Învăţământul special:

Capitolul VI . ÎNVĂŢĂMÂNTUL SPECIAL

Art.41. - (2) Integrarea şcolară a copiilor cu cerinţe educative speciale se realizează prin unităţi de învăţământ special, în grupe şi clase speciale din unităţi preşcolare şi şcolare obişnuite, sau în unităţi obişnuite, inclusiv în unităţi cu predare în limbile minorităţilor naţionale.

(3) Învăţământul special primar şi gimnazial este obligatoriu şi are durata, după caz, de 9 sau 10 ani.

Art. 42. – (1) Învăţământul special este gratuit.

(2) Învăţământul special este organizat ca învăţământ de zi. În cazuri deosebite, acesta se poate organiza şi sub alte forme.

Art. 45. – (1) În învăţământul preşcolar şi primar, în funcţie de evoluţia copilului, se pot face propuneri de reorientare operativă dinspre şcoala specială spre şcoala de masă şi invers, sau dinspre căminul-şcoală spre şcoala specială şi invers.

(2) Propunerea de reorientare se face de către cadrul didactic care a lucrat cu copilul în cauză şi de către psihologul şcolar. Hotărârea de reorientare se ia de către comisia de expertiză, cu acordul familiei sau al susţinătorului legal.

Art. 46. – Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale, împreună cu alte organisme guvernamentale sau neguvernamentale cu preocupări în domeniu, asigură integrarea în viaţa activă, în forma corespunzătoare de muncă, a absolvenţilor învăţământului special, potrivit calificării obţinute şi în condiţiile prevăzute de legislaţia în vigoare.

Regulamentul de organizare şi funcţionare a învăţământului special din România, aprobat de MEC, prin Ordinul nr. 4217 din 17 august 1999.

Noul regulament, privind organizarea şi funcţionarea învăţământului special românesc, ţine seama de standardele reglementate prin numeroase documente internaţionale, o parte însemnată dintre ele fiind ratificate şi de către ţara noastră.

Dintre acestea, enumerăm: Programul mondial de acţiune cu privire la persoanele cu handicap (1983), Convenţia cu privire la drepturile copilului (1989, art.23), Declaraţia mondială asupra educaţiei pentru toţi (1990), Recomandările Consiliului Europei, privind reabilitarea persoanelor cu handicap (1992), Regulile standard privind egalizarea şanselor persoanelor cu handicap (1993) şi Declaraţia mondială asupra educaţiei speciale, de la Salamanca, UNESCO (1994).

Educaţia copiilor cu cerinţe educaţionale speciale este considerată ca fiind "o parte integrantă a sistemului naţional de învăţământ" şi trebuie să fie "accesibilă, flexibilă şi comprehensivă".

Cu privire la desfăşurarea educaţiei integrate, principalele reglementări în această privinţă sunt cuprinse în articolele 51-58 din Regulament, în premieră absolută pentru ţara noastră. Aceste reglementări sunt conforme cu caracteristicile modelelor fundamentale de integrare folosite în mod frecvent în ţările dezvoltate ale lumii.

Conform articolului 55, "integrarea şcolară a copiilor cu cerinţe educaţionale speciale în şcolile obişnuite de învăţământ, în grupe şi clase obişnuite, se realizează planificat şi gradual cu asigurarea asistenţei psihopedagogice necesare, prin modalităţi diverse, în funcţie de amploarea, intensitatea şi specificul tulburărilor de învăţare".

Structurile organizatorice prevăzute în regulament sunt următoarele:

Programul de integrare, care se organizează pentru asistenţa psihopedagogică individuală, pentru un număr de 8-12 copii cu cerinţe de educaţie specială, cu vârsta cuprinsă, de regulă, între 5 şi 12 ani, incluşi în grupe sau clase ale aceleiaşi grădiniţe sau în clase obişnuite;

Subprograme de integrare, care cuprind un număr mai mic de copii sau de elevi cu cerinţe speciale, 4-6, cărora li se acordă sprijin individual în cadrul unei instituţii;

Grupa sau clasa specială afiliată, care cuprinde copii sau elevi cu deficienţe, în vârstă de 5 până la 12 ani;

Grupa sau clasa specială de sprijin, care cuprinde, de regulă, copii sau elevi cu tulburări de învăţare sau dezvoltare, în vârstă de 6 până la 10 ani.

Se poate observa că regulamentul prevede diverse alternative de organizare ale învăţământului integrat, începând cu formele individuale şi terminând cu cele colective.

În cazul aplicării modelelor de integrare, bazate pe clase sau grupe separate de copii cu cerinţe educaţionale speciale, obiectivul urmărit constă în asigurarea dezvoltării acestora, în aşa fel încât să se asigure reîntoarcerea lor, cât mai rapidă, în clasele sau grupele obişnuite, alături de normali. Pentru realizarea acestui obiectiv, pentru desfăşurarea unei activităţi de terapie şi recuperare de calitate, este necesară sprijinirea

cadrelor didactice, din învăţământul obişnuit, de către profesori, psihopedagogi, încadraţi conform prevederilor învăţământului special.

În cazul folosirii unor modele bazate pe integrarea individuală, se stipulează necesitatea sprijinirii copiilor cu cerinţe educaţionale speciale de către cadre didactice specializate în psihopedagogie specială, după modelul itinerant.

O ultimă prevedere importantă, asupra căreia dorim să ne oprim, este aceea după care "elevii cu handicap din şcolile obişnuite, beneficiază de acces la resursele de educaţie specială şi de reabilitare din unităţile de învăţământ special" (articolul 55).

După cum se poate observa, întreaga gamă de reglementări din domeniul învăţământului special prefigurează, cu claritate, posibilităţile legale pentru desfăşurarea unei educaţii integrate de calitate.

După anul 2000, în ţara noastră a apărut o nouă categorie de cadre didactice, denumite de sprijin sau itinerante, create pentru a impulsiona şi facilita procesul de integrare educaţională, după modelul existent în ţările cu tradiţie în acest domeniu din Uniunea Europeană şi SUA.

Pentru această nouă categorie de cadre didactice, se impune cunoaşterea, cu prioritate, a unui set de reglementări legislative, specifice, din care prezentăm, în continuare, după o sinteză elaborată de Radu I.D. (2005 şi 2007), a celor mai importante acte normative, legate de domeniul educaţiei integrate:

- Regulamentul de organizare şi funcţionare a învăţământului special, aprobat de MEC prin Ordinul nr. 4217 din 18 aug. 1999;
- H.G. nr. 1251/2005, privind unele măsuri de îmbunătăţire a activităţii de învăţare, instruire, compensare, recuperare şi protecţie specială a copiilor/elevilor/tinerilor cu CES, din cadrul sistemului de învăţământ special şi special integrat;
- Metodologia de organizare şi funcţionare a serviciilor educaţionale prin cadre didactice de sprijin/itinerante pentru copii cu cerinţe educative speciale şcolarizaţi în învăţământul de masă, aprobată prin Ordinul MEC nr. 5379 din 25 nov. 2004;
- Metodologia de înfiinţare şi funcţionare a Comisiei Interne de Evaluare Continuă aprobată prin Ordinul MEC nr. 3662/27 martie 2003;
- Ordinul comun nr. 18/3989/416/142 din 2003 a ANPCA, MEC, MSF şi ANPH, privind aprobarea Ghidului metodologic pentru evaluarea copilului cu dizabilităţi şi încadrarea într-un grad de handicap;
- Ordinele şi Metodologiile, care vor apărea în viitor, referitoare la protecţia copilului şi educaţia copiilor cu dizabilităţi şi cu CES.

În Regulamentul de organizare şi funcţionare a învăţământului special (1999) se vorbeşte de asigurarea unor structuri de sprijin în vederea facilitării integrării, fără ca aceste structuri să fie nominalizate.

În Regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţilor de învăţământ preuniversitar, aprobat prin Ordinul MEC nr. 4925/2005, la capitolul IX – „Învăţământul special" – se face referire la faptul că elevii cu deficienţe integraţi în învăţământul de masă trebuie să beneficieze de asistenţă psihopedagogică şi de specialitate, acordată de profesori de sprijin/itineranţi.

Prin Ordinul MEC nr. 5379 din 25 nov. 2004, se emite o nouă Metodologie de organizare şi funcţionare a serviciilor educaţionale prin cadrele didactice de sprijin/itinerante pentru copii cu CES, şcolarizaţi în învăţământul de masă, care se aplică începând cu anul şcolar 2005-2006.

Metodologia menţionează următoarele atribuţii pentru cadrul didactic de sprijin/itinerant:

a. colaborează cu comisia internă de evaluare continuă din şcoală/centrul de resurse în vederea preluării informaţiilor privind evaluarea şi planul de servicii personalizat al copilului/elevului cu cerinţe educative speciale, integrat în învăţământul de masă;

b. colaborează cu întreg corpul profesoral al unităţii de învăţământ în care este înscris copilul/elevul, în vederea realizării unei integrări eficiente în întregul colectiv al şcolii;

c. elaborează şi realizează planul de intervenţie personalizat, precum şi adaptarea curriculară în parteneriat cu cadrele didactice de la grupă/clasă;

d. evaluează, în parteneriat cu echipa, rezultatele aplicării programelor curriculare adaptate;

e. colaborează cu cadrele didactice de la grupă/clasă în care sunt elevi cu cerinţe educative speciale, în vederea stabilirii modalităţilor de lucru pentru fiecare unitate de învăţare:

- participă, în timpul orelor de predare, la activităţile ce se desfăşoară în clasă de către învăţător sau profesor;
- participă la activităţile educative din grupă/clasă în calitate de observator, consultant, coparticipant;
- organizează activităţi de intervenţie personalizată în grupe/clase sau în afara acestora;
- desfăşoară activităţi de tip terapeutic-cognitiv-ocupaţional, individuale sau în grup;
- colaborează cu specialiştii care realizează terapiile specifice în vederea realizării coerente a planului de servicii personalizat;
- propune şi realizează materiale didactice individualizate, în funcţie de dificultăţile de învăţare ale copiilor/elevilor.

f. realizează activitatea de evaluare periodică, vizând dezvoltarea elevilor şi reproiectează programul de intervenţie personalizat;

g. consiliază familiile copiilor/elevilor care beneficiază de serviciile de sprijin şi colaborează cu acestea;

h. realizează, în cadrul celor 16 ore reprezentând norma didactică de predare, programul săptămânal de asistenţă educaţională, în funcţie de:

- necesităţile elevului;
- evoluţia elevului într-o perioadă de timp limitată;
- rezultatele evaluărilor periodice;
- cerinţele grupului de elevi asistaţi.

i. orientează către comisia internă de evaluare continuă toţi acei copii/elevi care au cerinţe educative speciale şi nu beneficiază de servicii educaţionale de sprijin.

În reglementările româneşti existente până în prezent sunt nominalizate categoriile de copii/elevi, care au dificultăţi de învăţare şi integrare şcolară şi cărora trebuie să li se asigure o apropiere a şanselor cu a celorlalţi copii de aceeaşi vârstă.

Printre aceşti copii sunt:

- copii cu dizabilităţi (deficienţe) în diferite grade şi asocieri;
- copii/elevi cu dificultăţi de învăţare sau de dezvoltare;
- copii/elevi cu dificultăţi de integrare şcolară, care din diferite motive:
    - au întrerupt şcolarizarea;
    - nu au urmat nici o formă de şcolarizare;
    - au depăşit cu peste 3 ani vârsta clasei şcolare;
    - au fost excluşi temporar de la şcoală/educaţie;
    - au fost marginalizaţi;
    - au tulburări socio-afective şi de conduită care le diminuează posibilităţile de învăţare şi integrare şcolară.

Conceptul de „cerinţe educative speciale" include necesitatea individualizării demersului educaţional, precum şi analiza plurifactorială şi dinamică a cauzelor eşecului şcolar. Utilizarea termenului în documentele oficiale româneşti se face atât în Legea Învăţământului, cât şi în Regulamentul de organizare şi funcţionare al învăţământului special.

Conform reglementărilor actuale (Ordinul comun nr. 18/3989/416/142 din 2003 privind aprobarea ghidului metodologic pentru evaluarea copilului cu dizabilităţi şi încadrarea într-o categorie de handicap şi Metodologia de organizare şi funcţionare a serviciilor educaţionale prin cadre didactice de sprijin/itinerante pentru copiii cu CES şcolarizaţi în învăţământul de masă, aprobată prin Ord. MEC nr. 5379 din 25 nov. 2004), integrarea copiilor cu dizabilităţi şi /sau cu CES în şcoala de masă se face pe baza:

a. certificatului de orientare şcolară şi profesională, eliberat de comisia pentru protecţia copilului;
b. recomandarea scrisă a comisiei interne de evaluare continuă, însoţită de evaluarea complexă a copilului/elevului (psihologică, medicală, familială, socială, a nivelului de achiziţii de tip şcolar etc.).

Conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de învăţământ preuniversitar (la art. 143) „Elevii cu deficienţe, integraţi în învăţământul de masă, beneficiază de planuri de învăţământ modificate, programe şcolare adaptate, precum şi de programe de învăţământ personalizate".

Aceste planuri de învăţământ şi programe adaptate (doar pentru clasele I-IV) au fost aprobate de MEC prin Ordinul nr. 4653 din 8 oct. 2001, cu menţiunea că „programele şcolare pentru elevii deficienţi integraţi în clasele V-VIII vor fi adaptate, de către profesorii de specialitate, în colaborare cu profesorii de sprijin/itineranţi (cu aportul comisiilor metodice)".

Referitor la întocmirea programelor de intervenţie personalizată, Metodologia de organizare şi funcţionare a serviciilor educaţionale prin cadre de sprijin/itinerante pentru copiii cu CES şcolarizaţi în învăţământul de masă, menţionează: „profesorul de sprijin/itinerant elaborează şi realizează programul de intervenţie personalizat, precum şi adaptarea curriculară în parteneriat cu cadrele didactice de la grupă/clasă".

Conform adresei MEC nr. 38.453 din 10 oct. 2001, avându-se în vedere unele reţineri şi chiar respingeri din partea conducerilor unor şcoli, a integrării se atrage atenţia asupra faptului că „şcoala de masă este obligată să primească elevii cu CES şi să le asigure condiţii de integrare cu menţiunea că, directorii care refuză să aplice această măsură vor fi destituiţi".

Tot acest ordin menţionează că, „directorii şcolilor de masă, împreună cu consiliul de administraţie, trebuie să cuprindă în planul managerial anual şi următoarele direcţii de dezvoltare:

- Învăţământul special integrat - şansa copilului/elevului deficient.
- Educaţia specială - componentă a procesului de învăţământ din România.

Tot în sarcina consiliului de administraţie intră şi diminuarea efectivului de elevi cu 1-2 copii/elevi pentru fiecare copil cu CES integrat în grupa/clasa respectivă, conform Metodologiei de organizare şi funcţionare a serviciilor educaţionale prin cadre didactice de sprijin/itinerante pentru copiii cu CES, şcolarizaţi în învăţământul de masă, aprobat prin Ord. MEC nr. 5379/25 nov. 2004.

Şcolile incluzive au sarcina de a asigura toate condiţiile pentru cuprinderea şi şcolarizarea copiilor cu dizabilităţi (deficienţe) şi cu CES care au hotărâri de integrare şi orientare şcolară emise de comisia pentru protecţia copilului sau recomandări emise de comisia internă de evaluare continuă (care poate fi a unităţii şcolare integratoare sau a celei mai apropiate şcoli speciale, conform Ord. MEC nr. 3662/27 martie 2003).

Pentru asigurarea unor condiţii corespunzătoare de desfăşurare a activităţilor de sprijin din partea profesorului de sprijin, a psihologului şi a consilierului şcolar, în şcoala integratoare trebuie să existe o încăpere, denumită cameră sau sală de resurse, dotată cu mobilierul adecvat.

În această sală se desfăşoară consilierile cu elevii şi părinţii acestora, întâlnirile metodice ale cadrelor didactice care lucrează cu şi pentru copiii integraţi, testările şi activităţile specifice-recuperatorii, după caz (consiliere, corectarea tulburărilor de limbaj, psihoterapie, educaţie psihomotorie).

Conducerea şcolii, împreună cu cadrul didactic de sprijin/itinerant, informează permanent colectivul de cadre didactice asupra reglementărilor pentru elevii cu dizabilităţi şi cu CES.

În şcolile incluzive, unde sunt încadrate cadre didactice de sprijin/itinerante, acestea răspund de problematica integrării în şcoală, din partea consiliului de administraţie. În cazul în care şcoala nu are încadrat un cadru didactic de sprijin/itinerant, conducerea şcolii va stabili un cadru didactic, cu experienţă, să coordoneze activitatea de integrare din şcoală şi care, va ţine permanent legătura cu comisia de evaluare continuă, cu serviciul de evaluare complexă, cu şcoala - centru de resurse şi cu inspectorul de specialitate din ISJ, care răspunde de învăţământul special şi de integrare.

În rapoartele de activitate ale şcolilor, cu ocazia analizei activităţilor semestriale şi anuale se va cuprinde şi un capitol distinct care să analizeze activitatea de integrare şi propuneri de îmbunătăţire a acesteia.

Şcoala, prin cadrele sale didactice, este obligată să combată orice tendinţă discriminatorie la adresa copiilor cu dizabilităţi şi cu CES şi să formeze în rândul tuturor cadrelor didactice din şcoala incluzivă sau din alte şcoli, a copiilor, părinţilor acestora cât

şi a opiniei publice, o mentalitate pozitivă faţă de persoanele cu dizabilităţi şi cu nevoi speciale.

Prin Ord. MEC nr. 4653 din 3 oct. 2001, se aprobă Planul-cadru de învăţământ pentru clasele I-VIII pentru elevii deficienţi integraţi individual sau în grup în şcoala de masă şi Programele şcolare adaptate pentru elevii deficienţi integraţi în clasele I-IV, cu menţiunea că „Programele şcolare pentru elevii deficienţi, integraţi in clasele V-VIII, vor fi adaptate de către profesorii de specialitate, în colaborare cu profesorii de sprijin/itineranţi".

Prin Ordinul MEC nr. 5379 din 25 nov. 2004, privind Metodologia de organizare şi funcţionare a serviciilor educaţionale prin cadre didactice de sprijin/itinerante pentru copiii cu cerinţe educative speciale, şcolarizaţi în învăţământul de masă, se menţionează la art. 10 (c. şi d.), „că profesorul de sprijin/itinerant, elaborează şi realizează planul de intervenţie personalizat, precum şi adaptarea curriculară în parteneriat cu cadrele didactice de la grupă/clasă şi evaluează, în parteneriat cu echipa, rezultatele aplicării programelor curriculare adaptate".

Avându-se în vedere că numărul profesorilor de sprijin/itineranţi este insuficient şi că până la încadrarea în şcoli a unor asemenea cadre didactice, se recomandă ca, în fiecare şcoală integratoare, pentru adaptarea curriculară să se ocupe comisiile metodice şi cadrele didactice responsabile cu integrarea, sub directa coordonare a directorului şcolii.

Ţinând seama de faptul că, la anumite discipline elevii integraţi pot participa fără adaptări curriculare, la acestea nu este necesar să se elaboreze programe adaptate. Aceste discipline sunt: educaţia civică, religia, educaţia fizică, abilităţile practice, consiliere şi orientare. La acestea, cadrele didactice vor diferenţia activităţile în aşa fel încât toţi elevii să fie antrenaţi, în limita posibilităţilor lor de înţelegere şi de participare.

Pentru întocmirea programelor şcolare adaptate este necesar să se ţină seama de următoarele:

1. La aplicarea programelor adaptate de către MEC pentru clasele I-IV să se ia în considerare că acestea reprezintă cerinţele orientative de la care, cadrele didactice pot să coboare sau să urce cu exigenţele, la nivelul posibilităţilor fiecărui elev, recomandându-se, pentru situaţiile mai grave, întocmirea de programe de intervenţie personalizate.
2. Pentru clasele V-VIII, adaptarea programelor trebuie să pornească de la dezbaterea lor în cadrul comisiilor metodice, iar diminuarea volumului de cunoştinţe să ţină seama, pe cât posibil, de obiectivele generale stabilite de programa şcolară, aprobată de MEC.
3. Pentru realizarea obiectivelor generale, se poate modifica numărul de ore prevăzut pentru o anumită temă sau lecţie. Pentru unele teme, care sunt considerate deosebit de dificile, se pot da doar cunoştinţele generale, la nivelul posibilităţilor de înţelegere a elevilor cu CES.
4. Antrenarea elevilor cu CES în asimilarea cunoştinţelor să nu se facă neapărat pe principiul memorării şi reproducerii, ci să se bazeze pe întocmirea de materiale didactice suplimentare, metode şi procedee care să ducă la înţelegerea unor chestiuni elementare.
5. Pentru elevii cu CES, se recomandă să se realizeze activităţi suplimentare, în afara orelor de clasă, evitându-se supraîncărcarea. Se recomandă ca

temele pentru acasă să fie cât mai puţine şi adaptate posibilităţilor fiecărui copil.

6. De preferinţă, elevul cu CES să plece de la şcoală cu lecţiile învăţate şi temele făcute, pentru a avea cât mai mult timp de relaxare şi socializare în mijlocul familiei, care trebuie îndrumată în direcţia nevoilor de socializare a propriului copil, cu ocazia consilierilor.
7. În şcolarizarea copilului cu dizabilităţi şi cu CES trebuie să se exploateze la maximum potenţialul lui de însuşire a cunoştinţelor şi, nicidecum neglijarea acestui potenţial.

Se recomandă ca utilizarea programelor adaptate să fie într-o permanentă perfecţionare, fapt pentru care ele să fie, iniţial, aplicate experimental, după care, pe baza experienţei acumulate de către cadrele didactice care le aplică, să fie definitivate şi apoi aprobate de inspectorul de specialitate din cadrul ISJ, urmând, ca apoi, să fie aplicate oficial (**Radu, I. D.**, 2005 şi 2007).

În cadrul procesului de integrare educaţională, se urmăreşte, în paralel, şi un proces de reformă instituţională, concretizat prin proiectarea unor noi structuri instituţionale, dintre care enumerăm Centrele şcolare pentru educaţie incluzivă şi Centrele judeţene de resurse şi asistenţă educaţională.

Prezentăm, în continuare, câteva dintre principalele prevederi din „Regulamentul - cadru de înfiinţare, organizare şi funcţionare a centrelor şcolare pentru educaţie incluzivă", reglementat prin Ordinul MEC Nr. 5418/2005.

***CAP. I* Dispoziţii generale**

Art. 1 (1) Centrul şcolar pentru educaţie incluzivă reprezintă cadrul instituţional de acţiune care asigură accesul la educaţie tuturor copiilor prin educaţie formală şi servicii educaţionale acordate copiilor cu cerinţe educative speciale şcolarizaţi atât în învăţământul special cât şi în învăţământul de masă precum şi personalului care este implicat în educaţia acestora.

Art. 3 Centrul şcolar pentru educaţie incluzivă desfăşoară activităţi de predare-învăţare-evaluare, normate în baza legislaţiei în vigoare şi dezvoltă servicii educaţionale în domeniul educaţiei incluzive, de tipul: formare, informare, documentare, consiliere, proiecte şi programe etc.

Art. 4 Centrul şcolar pentru educaţie incluzivă colaborează cu: instituţii de învăţământ, cu instituţii conexe ale învăţământului preuniversitar, cu direcţiile judeţene de asistenţă socială şi protecţia copilului, cu autorităţile locale, cu agenţi economici, cu organizaţii neguvernamentale, cu reprezentanţi ai comunităţii locale, cu persoane fizice din ţară şi din străinătate care au preocupări în domeniul educaţiei.

CAP. II Funcţiile, atribuţiile şi serviciile *centrului şcolar pentru educaţie incluzivă*

Art. 6 Centrul şcolar pentru educaţie incluzivă îndeplineşte următoarele funcţii:

- de intervenţie directă, prin oferire de servicii psihopedagogice, psihologice şi de consiliere în domeniul educaţiei incluzive beneficiarilor direcţi: copii/elevi/tineri cu cerinţe educative speciale, părinţi, cadre didactice din şcolile de masă, membri ai comunităţii locale;

- de informare, formare continuă/perfecţionare şi consiliere a personalului didactic în domeniul educaţiei incluzive;
- de suport metodico-ştiinţific în domeniul educaţiei incluzive pentru cadrele didactice din şcolile de masă;
- de învăţare, de pregătire pentru viaţa de adult.

Art. 7 (1) Centrul şcolar pentru educaţie incluzivă are următoarele atribuţii:

- realizează depistarea precoce şi asigură intervenţia timpurie în cazul copiilor cu cerinţe educative speciale;
- şcolarizează copii cu diverse grade şi tipuri de dizabilităţi;
- realizează terapii specifice pentru copiii cu cerinţe educative speciale din învăţământul special şi din învăţământul de masă;
- evaluează, diagnostichează şi urmăreşte evoluţia şcolară a copiilor cu cerinţe educative prin intermediul comisiei interne de evaluare continuă, conform art. 24 din HG 1437/2004 privind Comisia pentru Protecţia Copilului.
- realizează şi aplică planuri de servicii personalizate pentru fiecare copil evaluat;
- realizează adaptări curriculare pentru copiii cu cerinţe educative speciale integraţi în învăţământul obişnuit;
- propune servicii de sprijin şi/sau terapii specifice, după caz;
- asigură asistenţă psihoeducaţională copiilor cu cerinţe educative speciale, prin cadre didactice de sprijin/itinerante, terapeuţi, consilieri etc.;
- asigură consiliere şi asistenţă psihopedagogică a cadrelor didactice care furnizează programe de educaţie remedială;
- promovează învăţământul incluziv;
- asigură asistenţă educaţională copiilor/elevilor nedeplasabili, prin formele de şcolarizare: la domiciliul elevului, cu frecvenţă redusă, cu scutire de frecvenţă, comasat etc.;
- monitorizează evoluţia copiilor cu cerinţe educative speciale;
- oferă asistenţă socială şi servicii în regim de semiinternat/centru de zi pentru copiii/elevii cu cerinţe speciale care solicită acest lucru;
- informează şi consiliază familiile copiilor cu cerinţe educative speciale cu privire la problematica educaţiei copiilor lor;
- participă, împreună cu Centrul judeţean de resurse şi asistenţă educaţională, la activităţi de informare, formare, perfecţionare şi documentare a cadrelor didactice din învăţământul obişnuit şi special, care se ocupă de educaţia copiilor cu cerinţe educative speciale;
- valorifică experienţa psihopedagogică pozitivă şi promovează ideile moderne, privind educaţia specială prin publicaţii de specialitate periodice, prin cercetare aplicativă şi prin crearea de mijloace didactice;
- asigură resursele umane şi materiale necesare realizării practicii pedagogice în domeniul educaţiei speciale;
- desfăşoară activităţi de cercetare şi consultanţă metodico-ştiinţifică, sub coordonarea Centrului judeţean de resurse şi de asistenţă educaţională;
- asigură propria dezvoltare instituţională, precum şi pe cea a Centrului judeţean de resurse şi de asistenţă educaţională, prin mijloacele legale

disponibile (granturi, proiecte de finanţare, sponsorizări, donaţii, parteneriate etc.);
- colaborează cu toate instituţiile din comunitatea locală implicate în problematica copiilor.

Art. 8 Centrul şcolar pentru educaţie incluzivă asigură **servicii specializate** în următoarele **domenii:**

- educaţie specială şi specializată a copiilor cu deficienţe;
- compensare prin terapii specifice pentru copii/elevi cu: dificultăţi de învăţare, dificultăţi de dezvoltare, dificultăţi de adaptare, tulburări de limbaj, tulburări de comportament, deficienţe fizice şi neuromotorii, deficienţe senzoriale etc.;
- evaluare psihopedagogică, diagnosticare, orientare şcolară şi profesională;
- asistenţă educaţională şi terapeutic-recuperatorie pentru copiii/elevii cu cerinţe educative speciale integraţi în unităţile de învăţământ de masă;
- informare şi consiliere pentru părinţi;
- informare şi consiliere a cadrelor didactice;
- cercetare psihopedagogică şi elaborare de studii de specialitate;
- testare şi consiliere psihologică (realizate numai de către profesorii psihologi atestaţi de Colegiul Psihologilor din România).

Art.9 De serviciile centrului şcolar pentru educaţie incluzivă beneficiază:

- copii cu vârste cuprinse între 0-3 ani;
- preşcolari şi şcolari din învăţământul special şi din cel de masă;
- părinţi sau aparţinători legali ai copiilor;
- personalul angajat în unităţile de învăţământ sau în alte instituţii care acţionează în domeniul educaţiei speciale a copiilor;
- elevi/studenţi care efectuează module de practică pedagogică;
- membri ai comunităţii locale.

La rândul lor, Centrele judeţene de resurse şi asistenţă educaţională, Centrele de asistenţă psihopedagogică şi Centrele şi cabinetele logopedice (reglementate de acelaşi Ordin al MEC, nr. 5418/8 noiembrie 2005) au fost concepute ca nişte servicii educaţionale complexe, care asigură, printre altele, şi sprijinul specializat, realizat într-o viziune interdisciplinară pentru procesul de integrare educaţională.

Redăm, în continuare, câteva dintre obiectivele activităţilor şi responsabilităţile Centrelor Judeţene de Resurse şi Asistenţă Educaţională:

Centrul judeţean de resurse şi asistenţă educaţională reprezintă o nouă instituţie de învăţământ specializată pe oferirea, coordonarea şi monitorizarea de servicii educaţionale specifice, acordate copiilor/elevilor, cadrelor didactice, părinţilor şi membrilor comunităţii pentru a asigura tuturor accesul la o educaţie de calitate, precum şi asistenţă necesară în acest sens. De asemenea, oferă servicii specializate de mediere şcolară, coordonează, monitorizează şi evaluează, la nivel judeţean, activitatea şi serviciile educaţionale oferite de centrele şcolare, cabintele logopedice interşcolare, centrele judeţene şi cabintele de asistenţă psihopedagogică.

„*Scopul activităţii* Centrului judeţean de resurse şi asistenţă educaţională îl constituie asigurarea calităţii serviciilor educaţionale menţionate mai sus.

Obiectivele principale ale activităţii acestei noi structuri sunt:
- Cuprinderea şi menţinerea în sistemul de învăţământ obligatoriu a tuturor copiilor/tinerilor, indiferent de particularităţile lor psihoindividuale şi sociale;
- Asigurarea suporturilor suplimentare necesare desfăşurării educaţiei de calitate, în funcţie de potenţialul biopsihosocial al fiecărui copil/tânăr;
- Informarea şi consilierea cadrelor didactice în sprijinul schimbării mentalităţii şi a îmbunătăţirii activităţii didactice educative;
- Crearea condiţiilor de dezvoltare a personalităţii elevilor/tinerilor, în vederea integrării acestora în viaţa şcolară, socială şi profesională;
- Implicarea părinţilor în activităţile specifice unei relaţii eficiente: şcoală-familie-comunitate, ca bază a adaptării şcolare şi integrării sociale a copiilor/tinerilor.

Responsabilităţile şi serviciile Centrului judeţean de resurse şi asistenţă educaţională sunt următoarele:
- coordonează, monitorizează şi evaluează, metodologic şi ştiinţific, serviciile educaţionale realizate de instituţiile de învăţământ preuniversitar;
- participă la formarea continuă, prin identificarea nevoii de formare continuă şi colaborarea cu instituţiile acreditate în acest scop (Casa Corpului Didactic, instituţii de învăţământ superior, ONG-uri etc.);
- realizează materiale şi mijloace de învăţământ cu valoare de suport metodico-ştiinţific pentru cadrele didactice din învăţământul preuniversitar;
- evaluează specialiştii care oferă servicii educaţionale din centrele de asistenţă psihopedagogică şi din centrele logopedice, precum şi mediatorii şcolari;
- realizează studii şi cercetări privind corelarea ofertei educaţionale cu cererea pieţei forţei de muncă şi implementarea strategiilor moderne de predare-învăţare-evaluare în actul didactic;
- facilitează relaţionarea unităţilor şi instituţiilor de învăţământ preuniversitar cu comunitatea prin parteneriate, proiecte şi programe;
- coordonează şi certifică activităţile de voluntariat desfăşurate în cadrul Strategiei naţionale de acţiune comunitară.

INSTITUŢIILE din subordine sunt:
- Centrul Judeţean de Asistenţă Psihopedagogică;
- Centrul Logopedic Interşcolar;
- Centrul de Educaţie Incluzivă". (Revista CJRAE Teleorman, Nr.1/2007, pag. 5).

Legea 448 din 6 decembrie 2006, privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, deşi, prin conţinut este o lege care cuprinde, în majoritate, prevederi cu privire la domeniul asistenţei sociale, încearcă să reglementeze elementele fundamentale care asigură o integrare comprehensivă a persoanei cu handicap, atât la nivel comunitar, cât şi al societăţii într-o manieră modernă şi europeană, bazată pe respectarea drepturilor fundamentale ale omului.

Din această perspectivă, legea cuprinde o serie de reglementări, în Secţiunea a 2-a – Educaţie, care se referă la domeniul educaţiei integrate, pe care le prezentăm în continuare.

ART.13

(1) Persoanele cu handicap au acces liber şi egal la orice formă de educaţie, indiferent de vârstă, în conformitate cu tipul, gradul de handicap şi nevoile educaţionale ale acestora.

(2) Persoanelor cu handicap li se asigură educaţia permanentă şi formarea profesională de-a lungul întregii vieţi.

(3) Persoana cu handicap sau, după caz, familia ori reprezentantul legal constituie principalul factor de decizie în alegerea formei şi tipului de şcolarizare, precum şi a unităţii de învăţământ.

ART. 14

(2) Educaţia persoanelor cu handicap se realizează prin:

a. unităţi de învăţământ special;
b. integrarea individuală în unităţi de învăţământ de masă, inclusiv în unităţi cu predare în limbile minorităţilor naţionale;
c. grupe sau clase speciale compacte, integrate în unităţi preşcolare şi şcolare de masă;
d. servicii educaţionale prin cadrele didactice itinerante/de sprijin;
e. şcolarizare la domiciliu până la absolvirea studiilor liceale, dar nu mai târziu de împlinirea vârstei de 26 de ani, prin grija Ministerului Educaţiei şi Cercetării;
f. educaţia „la patul de spital", pe durata spitalizării;
g. alternative educaţionale.

(4) Accesul în unităţile de învăţământ al copiilor cu dizabilităţi, inclusiv al celor cu handicap, precum şi al celor cu dificultăţi de adaptare şcolară se realizează prin hotărâre a comisiei pentru protecţia copilului, care eliberează certificatul de orientare şcolară şi/sau profesională, pe baza raportului de evaluare complexă întocmit de serviciul de evaluare complexă din cadrul direcţiilor generale de asistenţă socială şi protecţia copilului - judeţene, respectiv locale, ale sectoarelor municipiului Bucureşti.

ART. 17

În vederea asigurării accesului persoanelor cu handicap în unităţile şi instituţiile de învăţământ, autorităţile publice au obligaţia să ia următoarele măsuri specifice:

a) să promoveze şi să garanteze accesul la educaţie şi formare profesională a persoanelor cu handicap;

b) să asigure şcolarizarea la domiciliu a persoanelor cu handicap nedeplasabile pe durata perioadei de şcolarizare obligatorie, precum şi pregătirea şcolară, indiferent de locul în care persoana cu handicap se află, inclusiv prin cadrele didactice de sprijin/itinerante;

c) să asigure accesul la formele de educaţie permanentă, adaptându-le nevoilor educaţionale ale persoanelor cu handicap;

d) să sprijine cooperarea dintre unităţile de învăţământ special sau de masă cu familia şi comunitatea, în vederea asigurării unei oferte educaţionale care răspunde nevoilor individuale ale persoanelor cu handicap;

e) să sprijine pregătirea cadrelor didactice în vederea adaptării practicilor educaţionale pentru elevii cu handicap din grupe sau clase de învăţământ obişnuit;

g) să asigure servicii educaţionale de sprijin pentru persoanele cu handicap şi familiile acestora, prin specialişti în domeniul psihopedagogiei speciale;

h) să asigure accesul în unităţile şi instituţiile de învăţământ.

În încheiere, subliniem faptul că, în procesul de continuare a adâncirii integrării în Uniunea Europeană, ţara noastră a adoptat „Strategia Naţională pentru Protecţia, Integrarea şi Incluziunea Socială a Persoanelor cu Handicap", pentru perioada 2006-2013. (HG 1175/2005).

Conform acestui important document pragmatic, integrarea reprezintă „procesul de interacţiune dintre individ sau grup şi mediul social, prin intermediul căruia se realizează un echilibru funcţional al părţilor".

Integrarea persoanelor cu handicap, la rândul ei, reprezintă „procesul prin care persoana cu handicap accede la toate activităţile sau rolurile concetăţenilor săi pentru a le efectua sau exercita în aceleaşi instituţii, condiţii, contexte, împreună cu aceştia, fără discriminare".

Strategia preia din legislaţia românească (HG1251/2005) definiţia integrării şcolare, ca fiind „procesul de adptare al copilului la cerinţele şcolii pe care o urmează, de stabilire a unor raporturi afective pozitive cu membri grupului şcolar (clasă) şi de desfăşurare, cu succes, a prestaţiilor şcolare. Asimilarea de către copil a statutului de elev este rezultatul unor modificări interne în echilibrul dintre anumite dominante de personalitate cu consecinţe în planul acţiunii sale".

O altă sintagmă importantă pentru practică este cea referitoare la „adaptarea societăţii la persoana cu handicap", societatea în ansamblul ei trebuie să vină în întâmpinarea eforturilor de integrare a persoanelor cu handicap, prin adoptarea şi implementarea măsurilor adecvate, iar persoana cu handicap trebuie să-şi asume obligaţiile de cetăţean. Procesul transferă accentul pus pe reabilitarea persoanei pentru a se încadra în societate, care trebuie să includă şi să facă faţă cerinţelor tuturor indivizilor, inclusiv a celor cu handicap.

Această strategie configurează, pe lângă alte aspecte, viitoarele schimbări legislative şi organizaţionale, care vor avea loc în domeniul educaţiei integrate, în relaţie cu asigurarea drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului pentru persoanele cu handicap, în vederea creşterii calităţii vieţii acestora.

2.4. Principalele etape istorice importante dezvoltării educaţiei integrate în norvegia – modelul scandinav

Premise pentru un posibil model românesc de reformă

Subcapitolul de faţă este consacrat reformei destinată persoanelor cu handicap din ţările nordice.

În cadrul acestui proces complex, au avut loc schimbări structurale în interiorul întregului sistem de asistenţă socială şi educaţie specială, care vizează toate componentele sale, având drept obiectiv final, ştergerea deosebirilor dintre existenţa persoanelor cu diverse tipuri de handicap şi cele normale, prin înlăturarea întregului ansamblu de bariere fizice, sociale şi culturale, care reprezintă obstacole în calea realizării lor depline.

Subsistemul educaţiei speciale, datorită ajustărilor care urmează să se producă în interiorul său, joacă un rol determinant în cadrul acestui proces.

Cunoscând preocupările prezente şi de perspectivă din ţara noastră, din planul reformei, considerăm util să prezentăm aceste realizări, cu speranţa că vom contribui, astfel, la îmbunătăţirea propriului sistem de învăţământ special.

Subscriem la părerea că, pentru adoptarea unei experienţe de pe plan internaţional, oricât ar fi de avansată, este necesar să se ţină seama de particularităţile naţionale, din ţara unde urmează să fie transferată, în caz contrar, putându-se ajunge la distorsiuni între componentele adoptate şi condiţiile existente pe plan local.

În cazul în care se va găsi o soluţie corespunzătoare, care va duce la adoptarea elementelor potrivite cu particularităţile dintr-o anumită regiune, se vor economisi timpul şi resursele financiare, necesare unor experimente proprii, destinate rezolvării unor probleme ce şi-au găsit deja răspunsurile pe plan extern.

Adoptarea, cu discernământ, a unor modele ce şi-au demonstrat în timp utilitatea practică, va conduce, totodată, la evitarea unor greşeli ce s-au săvârşit în anumite perioade de timp, în diverse ţări ale lumii.

Din acest punct de vedere, o astfel de strategie va asigura procesului de reformă un caracter constant progresiv, prin eliminarea discontinuităţilor determinate de încercările şi experimentele nereuşite.

Sperăm ca, analiza noastră să constituie o sursă de dezbateri, pentru specialiştii din învăţământul special, care să ducă, în final, la găsirea căilor şi mijloacelor practice, celor mai potrivite, în vederea optimizării organizării acestui important domeniu al vieţii sociale şi alinierii sale standardelor europene, celor mai avansate.

Principiile normalizării şi descentralizării – suport teoretic pentru reformarea serviciilor destinate persoanelor cu handicap

O reformă cuprinzătoare, vizând îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă ale persoanelor cu handicap, s-a desfăşurat, în prezent, în Norvegia. În centrul acestei acţiuni se află conceptul de *normalizare* şi transpunerea acestuia în practică.

Normalizarea înseamnă, în acest sens, promovarea sprijinului pentru integrarea persoanelor cu handicap în totalitatea sferelor vieţii din comunităţile în care aceştia trăiesc şi unde este necesar să li se asigure un viitor lipsit de griji. Pentru realizarea acestui obiectiv, întreaga strategie de acţiune, destinată acestor categorii de persoane, a fost restructurată fundamental.

Normalizarea se bazează pe concepţia că, fiecare individ are dreptul să fie integrat în cadrul sistemului de locuinţe ale comunităţii în care trăieşte şi are nevoie să fie ajutat, pe cât mai mult posibil, ca să parcurgă acelaşi ciclu de dezvoltare pe care îl au cei de aceeaşi vârstă cu el, care fac parte din aceeaşi societate.

În Norvegia, aceasta semnifică să se ofere copiilor posibilitatea ca să trăiască în mijlocul familiilor şi să urmeze grădiniţe şi şcoli publice din vecinătate. Fiecare adult trebuie, de asemenea, sprijinit pentru a putea avea propria locuinţă şi familie, şi pentru a putea beneficia de muncă plătită, în afara casei.

Normalizarea include, de asemenea, susţinerea participării active a fiecărui individ, în funcţie de interesele sale la viaţa culturală şi pentru petrecerea timpului liber în cadrul comunităţii.

Serviciile şi ajutorul individual au fost promovate în aşa fel, încât să se asigure includerea tuturor persoanelor cu handicap în locuinţele din localităţile în care domiciliază şi să impulsioneze participarea lor, cu drepturi egale, la toate tipurile de activitate din plan local.

Normalizarea include asigurarea unei asistenţe individualizate, bazată pe sprijin diferenţiat, altfel spus, înseamnă constituirea unor servicii specializate, care să permită realizarea unor acţiuni variate.

La nivel administrativ, normalizarea presupune organizarea şi dezvoltarea unor structuri corespunzătoare celor realizate pentru ceilalţi cetăţeni din comunitate. Aceasta cuprinde grădiniţe şi şcoli, oficii pentru construirea de locuinţe, oficii de muncă, transport public, aşezăminte culturale de petrecere a timpului liber ş.a.m.d.

Procesul de reformă a prevăzut, în acest sens, un transfer clar al responsabilităţilor pentru serviciile acordate, de la nivel districtual-regional la nivelul organizării administrativ-teritoriale, de tipul oraşelor şi comunelor.

În această ţară, autorităţile locale au deja responsabilitatea pentru majoritatea serviciilor acordate din diverse sectoare ale vieţii sociale. Reforma desfăşurată accentuează, însă, necesitatea unei mai mari *descentralizări* a serviciilor specializate, organizate anterior la nivel regional.

Se consideră că descentralizarea este absolut necesară, dacă se doreşte ca serviciile respective să răspundă, într-adevăr, necesităţilor locale. Cu atât mai mult participarea persoanelor cu handicap la viaţa comunităţii reclamă organizarea unei forme de sprijin sincronizată la nivel local. Coordonarea locală este importantă, atât pentru a asigura dezvoltarea tuturor variantelor de servicii necesare la nivel municipal, cât şi pentru constituirea unei cât mai complete game de servicii, realizate prin coordonarea unor sectoare şi agenţii care activează în domenii diferite.

Este împărtăşită concepţia că, un standard de viaţă acceptabil, incluzând şi realizarea celorlalte drepturi cetăţeneşti, este imposibil de realizat fără crearea instituţiilor corespunzătoare.

Adoptarea principiului normalizării, ca un principiu director pentru dezvoltarea serviciilor sociale din Norvegia, este, pentru prima oară, menţionată de guvernul acestei ţări în anul 1966. Dezvoltarea în continuare a ideilor legate de normalizare a condus, atât la o solidă critică a sistemului tradiţional, bazat pe instituţii, cât şi la accentuarea căutărilor în vederea găsirii unei alte alternative şi anume sistemul bazat pe dezvoltarea fiecărei persoane cu handicap, în cadrul comunităţii în care trăieşte.

În final, guvernul norvegian, a decis, în anul 1987, după o profundă analiză, desfiinţarea sistemului bazat pe instituţii.

Au fost propuse legi care au acordat responsabilitatea pentru organizarea asistenţei medicale generale şi a serviciilor sociale, de la nivelul consiliilor locale. În continuare, s-a dovedit că, multe consilii administrative din diverse localităţi au fost capabile să asigure servicii adecvate, inclusiv persoanelor cu polihandicap.

Aceasta a incurajat Ministerul Regal al Sănătăţii şi Afacerilor Sociale ca, în colaborare cu alte ministere şi instituţii guvernamentale, să promoveze liniile directoare ale reformei şi ale implementării sale în practică.

Proiectul „S", care a fost elaborat la acea vreme de Ministerul Educaţiei şi Cercetării din Norvegia, se încadrează armonios în această perspectivă şi, de aceea, considerăm util să-l prezentăm în continuare, pentru că în cuprinsul său se găsesc o serie de idei valoroase, din care ne putem inspira şi în prezent, pentru reformarea sistemului de învăţământ special românesc.

Contribuţia proiectului „S" şi a Cărţii Albe la dezvoltarea educaţiei integrate din Norvegia

Între anii 1987-1988, Guvernul norvegian a discutat, îndelung, despre responsabilitatea statului, referitoare la promovarea unor servicii pedagogice speciale. Reglementarea propusă cu acest prilej, prevedea ca toate cele 40 de şcoli speciale ale statului să fie reorganizate şi stabilea principiile acestei acţiuni, scopul fiind acela de a se oferi sistemului de învăţământ posibilitatea să promoveze o mai bună educaţie specială pentru toţi copiii cu handicap.

Proiectul „S" a fost alcătuit cu scopul de a pune la dispoziţia Ministerului Educaţiei şi Cercetării perspectiva teoretică şi practică, necesară planificării şi aplicării unei reforme radicale pentru reorganizarea învăţământului.

În anii 1989-1990, au fost prezentate în Cartea Albă nr.54, planurile detaliate în acest scop, referitoare la organizarea educaţiei speciale pentru copiii şi tinerii din Norvegia. Principala problemă analizată este felul în care poate fi extins acest tip de educaţie, ce cade deopotrivă în sarcina organelor administraţiei, cât şi a celor regionale, orăşeneşti şi comunale.

Cartea Albă nr.54 (1989-1990), conţinând măsuri privind educaţia specială pentru copii, tineri şi adulţi (elaborată de Ministerul Educaţiei şi Cercetării), a fost aprobată de guvern la data de 1 iunie 1990. Acest document subliniază că organismele regionale şi municipale, au responsabilitatea prevăzută de lege, pentru organizarea educaţiei persoanelor cu handicap.

Se reaminteşte că, integrarea, descentralizarea şi asigurarea de şanse egale de educaţie pentru toţi copiii au fost principii fundamentale ale sistemului educativ norvegian.

Toţi copiii vor avea posibilitatea, în cel mai larg sens posibil, să fie educaţi în şcolile locale.

Statul intenţionează să întărească sistemul de educaţie specială organizat la nivelul regional şi orăşenesc-comunal, prin transferarea fondurilor necesare la nivelul local. Prin reorganizarea şcolilor speciale, deţinute de stat, o mare parte din resursele financiare şi materiale au fost canalizate spre municipalităţi, prin sistemul bugetar privind veniturile regionale.

A. CENTRELE NAŢIONALE PENTRU EDUCAŢIE SPECIALĂ

În scopul organizării unor instituţii de specialitate, dispunând de procedee avansate de asistenţă, statul a înfiinţat 10 centre naţionale pentru educaţie specială.

Fiecare a acoperit un domeniu distinct al educaţiei speciale şi anume pentru persoane cu deficienţe de auz, vizuale, sociale, emoţionale, de comunicare şi greutăţi de învăţare. Centrele au oferit asistenţă pentru copiii de toate vârstele, începând cu cei de vârstă preşcolară.

Obiective

Centrele au avut o multitudine de obiective.

Obiectivul principal a fost, însă, organizarea unor activităţi performante pentru educarea şi recuperarea elevilor deficienţi, în colaborare cu alte instituţii implicate în această activitate. Pentru realizarea acestui deziderat, s-a prevăzut asigurarea unui curriculum diferenţiat şi adaptat posibilităţilor practice, oferite de şcoala obişnuită.

În acelaşi timp, centrele au avut posibilitatea să acorde asistenţă pe o perioadă mai scurtă sau mai lungă de timp, în cazul unor copii care necesită educaţie în condiţii deosebite şi cu o metodologie promovată de specialişti cu înaltă calificare.

Organizarea de servicii de consultanţă şi conducere a procesului educativ a constituit o altă prioritate a centrelor bazate pe o analiză de diagnosticare atentă şi o bună cunoaştere a posibilităţilor locale.

Aceasta a inclus, de asemenea, realizarea unor programe suplimentare de cursuri de perfecţionare pentru părinţi, profesori, personalul din şcoli şi alte categorii de personal.

O ultimă, dar la fel de importantă, sarcină a acestor instituţii s-a referit la informarea generală a publicului.

B. TEHNOLOGII MODERNE BAZATE PE FOLOSIREA COMPUTERULUI ÎN AJUTORUL PROFESORILOR

Tehnicile moderne, bazate pe folosirea computerului, deşi foarte noi la acea vreme, s-au impus în domeniul educaţiei speciale. Treptat, au fost introduse computere, destinate activităţilor educative într-o parte din centrele respective. Unităţile dotate cu computere au intrat sub directa coordonare a Ministerului Educaţiei şi Cercetării, a Cosiliului pentru Educaţie Primară şi Gimnazială şi a Consiliului pentru Educaţie Liceală.

„Consiliul pentru Educaţia Laponilor" a deţinut rolul principal în dezvoltarea tehnicilor bazate pe computer, necesare educaţiei speciale. Centrele au avut datoria să instruiască cadrele didactice în vederea folosirii eficiente a mijloacelor de învăţământ moderne, puse la dispoziţie.

C. CERCETARE ŞI INOVARE

Pentru realizarea multitudinii şi varietăţii de obiective cerute, personalul centrelor naţionale pentru educaţie specială a fost pregătit ca să posede cea mai înaltă pregătire de specialitate din domeniul lor de activitate.

Aceasta, bineînţeles, a implicat un înalt nivel de educaţie pentru fiecare profesie în parte. S-a prevăzut ca ministerul de profil să încurajeze personalul care lucrează aici, în scopul de a se perfecţiona permanent, pentru a putea asigura un înalt grad de pregătire a instituţiei în care lucrează.

A fost încurajată, de asemenea, dezvoltarea modelelor şi strategiilor de integrare, precum şi cercetarea şi inovarea, ca rezultantă a experienţei dobândite în practica pedagogică zilnică.

Cartea Albă a accentuat, în această direcţie, necesitatea unei strânse colaborări cu colegii şi universităţi care pregătesc specialişti de profil.

D. MĂSURI ORGANIZATORICE PE PLAN LOCAL
(Întărirea puterii de decizie pentru administraţia locală)

Reorganizarea fostelor şcoli speciale, aparţinând statului, a presupus apariţia unor sarcini pentru administraţia locală şi regională. Pentru traducerea lor în viaţă, statul a transferat, în mod consecvent, mai multe fonduri către autorităţile respective.

1. Specialişti în fiecare consiliu administrativ-regional

Cartea Albă a stabilit principiile necesare dezvoltării serviciilor la nivel local, iar Ministerul Educaţiei şi Cercetării a propus ca, cel puţin, un profesor specialist în surdopedagogie şi un altul specialist în tiflopedagogie să fie ataşaţi pe lângă conducerea administrativă a fiecăruia din cele 19 districte ale ţării. Aceşti specialişti au devenit consilierii pe probleme specifice pentru toţi copiii şi tinerii din zona geografică respectivă. În afară de aceşti experţi, alţi doi specialişti în pedagogia handicapului mintal au fost asiguraţi de către stat în fiecare district. Aceştia au fost integraţi echipei pentru recuperarea deficienţilor mintal, ce funcţionează în cadrul „Consiliilor administrative locale".

Toţi specialiştii enumeraţi au colaborat în activitatea depusă cu Centrele naţionale, pentru educaţie specială. Aceasta a dus, în final, la îmbunătăţirea serviciilor pentru persoane cu nevoi speciale pe întreg teritoriul Norvegiei. Echipele specializate în recuperarea persoanelor cu handicap au fost de mare importanţă. În conformitate cu legea existentă atunci, această reformă a acordat întreaga responsabilitate pentru stimularea, recuperarea şi educarea persoanelor cu handicap mintal, localităţilor în care aceştia domiciliază.

2. Reţeaua de servicii promovată la nivel local

Cartea Albă a accentuat asupra importanţei deosebite pe care o reprezintă faptul că, primul ajutor şi sprijin să fie acordat persoanelor cu handicap cât mai devreme posibil (la vârsta cea mai fragedă), aceasta uşurând activitatea de recuperare viitoare. S-a prevăzut, de aceea, ca reţeaua de servicii, organizată la nivel local, să funcţioneze într-o strânsă cooperare între diferiţi specialişti din domenii diverse, ca, de exemplu, lucrători sociali, autorităţi şcolare, personalul din grădiniţe, serviciile psihopedagogice. În cazul în care, unui copil cu nevoi speciale nu i se poate acorda sprijinul corespunzător prin reţeaua locală, i s-a asigurat acestuia posibilitatea să fie primit de un spital districtual sau de un „Centru Naţional pentru Educaţie Specială".

3. Echipe pentru educaţia specială în şcoli

În Cartea Albă se prevedea, în scopul acordării unui sprijin corespunzător, în funcţie de handicapul fiecărui elev, să se organizeze, la nivelul fiecărei şcoli, echipe pentru educaţie specială. Echipele au asigurat, în acelaşi timp, colaborarea dintre părinţi şi ceilalţi specialişti implicaţi în procesul de învăţământ şi recuperare.

4. Alte modalităţi de organizare a educaţiei speciale

Pentru un număr restrâns de elevi, „Consiliile municipale" au fost nevoite să găsească alte modalităţi pentru organizarea educaţiei speciale, aceasta deoarece, întărind şcolile cu profesori calificaţi în domeniu şi asigurând mijloacele de învăţământ corespunzătoare, acestea au putut ajuta numai o parte din copii.

Alţii, de exemplu, cei cu mari probleme emoţionale şi de adaptare socială, au fost plasaţi într-o şcoală locală, corespunzătoare deficienţelor sau într-o instituţie socială şi medicală pentru o anumită perioadă de timp. Este important faptul că astfel de instituţii au întreţinut o colaborare permanentă cu reţeaua locală de învăţământ.

5. Serviciile psihologice şi de educaţie

Norvegia avea, în acea perioadă, aproximativ 300 de echipe psihologice şi de educaţie, care îşi desfăşurau activitatea în diverse oraşe şi comune. Aproximativ jumătate dintre ele au asigurat serviciile pentru o singură localitate, iar restul au deservit două sau mai multe localităţi.

Echipele au fost constituite din specialişti cu pregătire din diverse domenii. Psihologii şi pedagogii educaţionali erau majoritari din punct de vedere numeric, dar pe lângă aceştia, a crescut în ultima decadă, numărul educatorilor şi profesorilor (care au urmat cursuri de specializare de profil).

În afară de aceştia, în multe unităţi, în echipe au fost incluşi şi lucrători sociali.

Serviciile psihologice şi educaţionale (denumite şi psihopedagogice) au avut rolul (cum am mai arătat) să sprijine copiii începând cu vârsta preşcolară şi apoi, pe toată durata cursurilor şcolii obligatorii de 9 ani, în care vor beneficia de educaţie specială. Ele vor colabora cu reţeaua şcolară locală, acordând o atenţie deosebită copiilor cu nevoi speciale de educaţie şi vor oferi îndrumări şi procedee terapeutice adecvate.

Serviciile au avut un rol important în munca preventivă şi, de asemenea, au acordat asistenţă necesară personalului din grădiniţe şi şcoli în desfăşurarea şi îndrumarea unor programe de recuperare eficiente.

Oricine a putut apela la ajutorul acestor servicii, cum ar fi, de exemplu, copii, părinţi, studenţi, doctori, personal didactic ş.a.

Cartea Albă a propus înfiinţarea unui „Centru Naţional pentru Dezvoltarea Serviciilor Psihologice şi de Educaţie", pentru stimularea acestor facilităţi.

E. MODELE DE COOPERARE

„Ministerul Educaţiei şi Cercetării", împreună cu „Ministerul Familiei şi Afacerilor de Consum", (în prezent Ministerul Afacerilor pentru Copil şi Familie), a iniţiat proiecte experimentale, având drept scop îmbunătăţirea sistemului de servicii, oferit de localităţi prin întărirea şi coordonarea gamei de prestaţii oferite.

Serviciile psihologice şi de educaţie joacă, în prezent, un important rol în cadrul experimentelor de promovare a unor soluţii alternative, de organizare, faţă de cele existente.

Ministerul răspunzător de acest proces, caută ca, pe bază experimentală, să determine care sunt modelele cele mai eficiente de colaborare pentru a putea ajuta, în final, fiecare copil.

F. CREŞTEREA CERERII DE SPECIALIŞTI

Pentru realizarea scopurilor prevăzute, în legătură cu asigurarea dreptului la măsuri pedagogice şi de recuperare, diferenţiate pentru toate persoanele cu handicap, s-a făcut simţită nevoia creşterii numărului de specialişti la toate nivelurile.

Această situaţie, care există încă, în nordul ţării, se încearcă a fi rezolvată cu prioritate, deoarece, după informaţiile furnizate, Norvegia resimte încă lipsa unui număr suficient de specialişti, în domenii cum ar fi: psihologie, pedagogie, educaţie specială şi asistenţă socială. Considerăm că acest fapt este determinat şi de varietatea şi anvergura proiectelor sale în domeniile educaţional, social şi medical.

În Cartea Albă s-a stipulat, în această direcţie, necesitatea ca perfecţionarea personalului din diversele instituţii implicate în realizarea obiectivelor propuse să se desfăşoare în paralel cu acţiunea de dezvoltare şi inovare prin experimentare.

S-a considerat absolut necesară colaborarea dintre colegii, universităţi şi grădiniţe şi şcoli, pentru organizarea şi evaluarea unor programe de sprijin la nivel local.

Încheiem, considerând că „PROIECTUL S“, în ansamblul său, a reprezentat o deschidere curajoasă spre viitor, iar rezultatele sale, benefice după o evaluare de substanţă, pot fi preluate şi de alte ţări, în funcţie de potenţialul economic al fiecărei societăţi în parte.

2.5. Momente semnificative ale dezvoltării din domeniul educaţiei integrate din SUA

În intervalul de timp 1960-1970, un impact deosebit asupra îmbunătăţirii situaţiei persoanelor cu handicap, l-au avut două elemente:

1. răspândirea cunoaşterii drepturilor universale ale omului;
2. creşterea substanţială a fondurilor federale pentru programe şi servicii destinate persoanelor cu handicap.

Ereditatea şi defectele fizice severe au fost considerate ca fiind relevante pentru 10-15% din cauzele care determină handicapul mintal. Restul cauzelor au fost legate de motive incluzând experienţa culturală şi de mediu.

A crescut sensibilitatea faţă de problematica handicapului mintal şi promovarea unor servicii pentru cei afectaţi de consecinţele acestuia.

Servicii din cadrul comunitar

John Kenedy, sensibil la problematica persoanelor cu handicap mintal, el insuşi având o soră cu handicap mintal şi opţiuni politice democratice, a devenit preşedinte la 20 ianuarie 1961 şi a iniţiat o politică ce cuprindea obiective, vizând:

a) calitatea vieţii şi

b) calitatea serviciilor destinate persoanelor cu handicap.

Pentru a veni în sprijinul cerinţelor persoanelor cu handicap, Kenedy a înfiinţat o comisie alcătuită din 26 de membri, condusă de Leonard Mayo, care a stabilit şase obiective strategice, destinate să orienteze politica americană, în domeniul educaţiei şi asistenţei sociale, pentru aceste categorii de persoane.

Raportul final de acţiune (President Panel of Mental Retardation, PPMR), conţinea 112 recomandări pe mai multe direcţii principale. În acest sens, se pot menţiona următoarele:

1. Cercetări în direcţia cauzelor handicapului mintal şi a metodelor de terapie, recuperare şi educaţie.

2. Măsuri preventive de sănătate, incluzând:

a) un program puternic de îngrijire şi supraveghere a mamelor şi copiilor, focalizat, la început, pe centrele populate, unde prematuritatea şi rata copiilor deficienţi era înaltă;
b) protecţie în timpul sarcinii împotriva radiaţiilor şi drogurilor;
c) extinderea serviciilor de diagnosticare şi diferenţiere.

3. Întărirea programelor educaţionale, în general, care cuprindeau referiri cu privire la:
a) răspândirea programelor educaţionale generale şi crearea de programe de educaţie specială extensive, în şcolile publice şi private, în strânsă legătură cu forme organizatorice de maturizare vocaţională, reabilitare profesională, formare şi antrenament profesional, în vederea angajării în diverse meserii;
b) educarea adulţilor cu handicapuri mintale şi organizarea de ateliere protejate, corespunzătoare nevoilor acestora.

4. Înfiinţarea unor clinici de specialitate, perfecţionate şi servicii sociale comprehensive, descoperirea unor metode şi procedee de îngrijire diversificate, cu accent pe familie şi dezvoltarea unei game largi de facilităţi pe plan local şi comunitar.

5. Apariţia unui concept legal şi social despre handicap, incluzând protecţia drepturilor lor civile, prevederi destinate protecţiei vieţii acestora, o atitudine deschisă din partea legii şi a instanţelor de judecată şi clarificarea teoriei legate de responsabilitate în săvârşirea de acte criminale.

6. Acordarea unei atenţii deosebite dezvoltării ştiinţei şi a fiecărui tip de serviciu, prin asigurarea de posibilităţi studenţilor să studieze varietatea aspectelor, legate de problematica deficienţei mintale şi handicapurilor, în general.

7. Promovarea de programe de educaţie şi informare, pentru sensibilizarea publicului pentru problematica deficienţei mintale:
a) pentru a întări cercetarea şi activitatea de prevenire, raportul recomandă ca, serviciile să fie integrate la nivelul comunităţii, într-o reţea de legături corespunzătoare, şi
b) cu asistenţă federală, statele şi comunităţile locale să poarte răspunderea principală pentru finanţarea şi îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă pentru persoanele retardate mintal.

În legătură cu dezvoltarea serviciilor, destinate persoanelor cu handicap mintal, era luată în consideraţie o varietate de nevoi speciale, la diferite vârste.

Declaraţia ONU din 1971, cu privire la drepturile persoanelor cu retard mintal, în cele 7 articole, stipula, în esenţă, că persoanele cu handicap au aceleaşi drepturi cu cele ale celorlalţi cetăţeni, de aceeaşi vârstă din aceeaşi ţară.

Declaraţia respectivă a influenţat SUA, în adoptarea unei platforme pentru iniţierea de reforme şi programe de dezvoltare din domeniul handicapurilor.

Realizări obţinute în practica socială

În ciuda câştigurilor înregistrate în anii 1940-1950, multe persoane cu retard mintal încă nu primeau serviciile adecvate. De exemplu, în şcolile publice, un mare număr de copii erau excluşi de la programele educaţionale, din cauza tipului sau severităţii handicapului lor.

Anul 1971, a fost anul schimbării acestei situaţii dificile. „Semnalul a fost dat de demersul făcut de o asociaţie pentru protecţia drepturilor copiilor cu handicap mintal din Pensylvania. În legătură cu respingerea a 13 copii cu handicap mintal din şcolile publice ale statului. Cei 13 copii au fost consideraţi reprezentativi pentru toţi cei excluşi din învăţământul public".

Înţelegerea încheiată în anul următor, 1972, stabilea obligaţia Departamentului de Asistenţă Socială şi a celui pentru Educaţie, de a asigura o educaţie corespunzătoare, în şcolile publice pentru toţi copiii cu retard mintal.

„Se specificau, de asemenea, procedurile de evaluare şi de asigurare a protecţiei acestor copii. În urma înţelegerii respective, 1500 de copii excluşi din şcolile din Pensylvania au fost reprimiţi în acestea".

Este interesant de notat că, mai mult de jumătate din aceştia nu erau handicapaţi sever, cum s-ar fi aşteptat să fie cazul, ci ei se încadrau în categoria celor cu deficienţă mintală uşoară şi moderată.

Astfel de corecţii aduse legislaţiilor statale, au pregătit LEGEA FEDERALĂ PRIVIND EDUCAŢIA PENTRU TOŢI COPIII, din 1975.

O prevedere esenţială din această lege, a fost aceea referitoare la acordarea de sprijin financiar din bugetul federal pentru agenţiile statale şi locale implicate în organizarea programelor din domeniul educaţiei speciale, programe realizate în mod descentralizat.

Alte prevederi, în strânsă legătură cu educaţia specială, includeau următoarele:

1. asigurarea unei educaţii libere şi adecvate pentru toţi copiii cu handicap;
2. utilizarea unor proceduri de testare şi evaluare, nediscriminatorii, în funcţie de rasa şi cultura de provenienţă;
3. dezvoltarea de programe educaţionale individualizate pentru fiecare copil cu handicap;
4. educarea într-un mediu social cât mai puţin restrictiv, aceasta însemnând educarea copiilor cu handicap, împreună cu cei normali, pe cât mai mult posibil;
5. asigurarea de procedee de asistenţă, atât pentru copii, cât şi pentru părinţi.

Aceste prevederi au avut un impact deosebit asupra revigorării serviciilor educaţionale pentru elevii cu handicap mintal, dar n-au eliminat, încă, abuzurile şi n-au arătat „cum acest tip de educaţie specială să fie asigurat", cu alte cuvinte, căile, metodele şi mijloacele ei de realizare.

Perfecţionarea sistemului instituţional

În anii '70, instanţele judecătoreşti federale, au acordat un interes major dezvoltării instituţiilor, declarând multe din condiţiile oferite de acestea, precum şi procedurile lor de lucru, ca fiind *neconstituţionale*.

În anul 1971, judecătorul Johnson, de la tribunalul din Alabama, a declarat că, drepturile constituţionale ale persoanelor cu handicap mintal, rezidenţi în instituţii, au fost violate. Hotărârea sa judecătorească includea şi un apendix, care definea standardele minimale pe care trebuiau să le îndeplinescă şcolile statale. De asemenea, a fost înfiinţată o comisie care să ducă la îndeplinire hotărârile instanţelor judecătoreşti respective.

În 1972, problema a fost reluată de o curte juridică din Winsconsin, cu rezultate similare.

Reforma instituţiilor americane a luat un drum nou, prin includerea aspectelor legate de instituţiile pentru persoanele cu handicap mintal, în amendamentul din 1971, capitolul XIX din **Legea privind protecţia socială.**

Prevederile din această lege cuprindeau multe din standardele propuse de „Consiliul pentru servicii destinate persoanelor cu handicap mintal" şi altor persoane cu handicapuri de dezvoltare şi statuau obligaţia asigurării de fonduri din bugetul federal, pentru realizarea standardelor propuse.

Aceste prevederi stipulau, de asemenea, ca standardele impuse să fie asigurate de către **echipe interdisciplinare.**

Măsurile reformatoare adoptate prin această lege erau guvernate de trei principii fundamentale de educaţie şi asistenţă socială pentru persoanele cu handicap mintal:

1. principiul normalizării;
2. principiul dezvoltării;
3. principiul dezinstituţionalizării.

1. Principiul normalizării, dezvoltat mai întâi în ţările scandinave, se referea la faptul că trebuie făcute toate eforturile pentru a asigura persoanei retardate mintal o existenţă cât mai normală posibil, asigurându-se accesibilitatea situaţiilor şi condiţiilor vieţii cotidiene, în aşa fel încât, aceasta să trăiască conform standardelor după care trăiesc majoritatea membrilor normali ai societăţii.

2. Principiul dezvoltării a fost propus iniţial de „Liga internaţională a societăţilor pentru persoane cu handicap mintal" şi se referă la faptul că, toţi copiii şi adulţii cu handicap mintal sunt capabili de creştere, învăţare şi dezvoltare.

„Fiecare individualitate posedă un potenţial de progres, indiferent de severitatea handicapului" şi, deci, „obiectivul fundamental al programelor pentru persoanele cu handicap mintal, constă în stimularea însuşirilor umane ale acestora" (**Cegelka, P. T., Prehm, H. J., Ohio**, 1982).

3. **Principiul dezinstituţionalizării** a fost văzut, frecvent, ca fiind soluţia cea mai eficientă, în cadrul reformei instituţiilor. Pentru a se atinge acest obiectiv, instituţiile au de făcut un efort, în direcţia creşterii independenţei membrilor acestora, pregătindu-i pentru plasarea în mijlocul comunităţilor, iar comunităţile trebuie să-şi dezvolte nivelul serviciilor pentru a putea asigura menţinerea persoanelor cu handicap mintal în mijlocul societăţii. Dezinstituţionalizarea a devenit un obiectiv major al anilor '70, când preşedintele Nixon a lansat obiectivul naţional de reducere a populaţiei din cadrul instituţiilor la 30%, până la sfârşitul secolului.

Scheerenberger arată că, „progresele realizate în acest domeniu, s-au reflectat în faptul că, în intervalul 1970-1979, numărul rezidenţilor din instituţiile administrate de stat, a scăzut până la 50139 de persoane, în timp ce populaţia americană a continuat să crească" (**Popovici, D. V.**, 1999, pag. 94).

Concluzii

Perioada dintre 1960 până în prezent a cunoscut cele mai radicale schimbări în atitudinea şi tratamentul deficienţilor mintal din întreaga istorie a Americii.

Realizările obţinute aparţin unei societăţi a cărei atitudini şi responsabilităţi, în rezolvarea problemelor legate de om, au crescut de-a lungul ultimilor ani.

„În trecut, din multe puncte de vedere, persoanele cu handicap mintal au fost tratate într-un mod care răspunde mai mult cerinţelor specialiştilor din cadrul comunităţii şi mai puţin necesităţilor individuale ale acestei categorii de persoane“ (**Popovici, D. V.**, 1999, pag. 95). Constatăm, că atitudinea faţă de persoanele cu handicap mintal, faţă de locul lor în cadrul comunităţii şi responsabilitatea societăţii americane, în realizarea de progrese în aceste domenii, s-au schimbat frecvent şi profund, până în prezent. Teoreticienii de azi, din SUA, speră că, atitudinile inovatoare contemporane vor fi traduse integral şi constant în fapte şi că, astfel, vor răspunde, adecvat, nevoilor persoanelor cu handicap, cărora le sunt destinate.

3. STADIUL ACTUAL PE PLAN MONDIAL ŞI NAŢIONAL AL INTEGRĂRII ŞI INCLUZIUNII

3.1. Educaţia integrată în ţările din Uniunea Europeană

Integrarea persoanelor cu cerinţe educative speciale a fost abordată în ţările Vest Europene din multiple perspective (**Meijer, Jpcor, Sip Jan Pijl Hergartys,** 1994 *apud* **Ghergut, A.,** 2001, pag. 56).

Pentru acestea, din punctul de vedere al integrării şcolare, cele mai importante au fost două forme :

I. „Integrarea la nivel de curriculum, care se referă la creearea condiţiilor de acces egal la educaţie şi instruirea copiilor, fără discriminare pe motive de handicap, pornind de la aceleaşi finalităţi şi aceleaşi conţinuturi educaţionale (adoptate şi diferenţiate, ulterior, în funcţie de particularităţile fiecărui elev în parte).

II. Integrarea psihologică, care se referă la educaţia copiilor în aceleaşi spaţii , în acelaşi timp şi folosind aceleaşi programe fără constrângeri şi fără discriminări privind performanţa şcolară a elevilor .”

Din punct de vedere al etapelor parcurse în cadrul acestui amplu proces în ţările fondatoare ale Uniunii Europene putem distinge două etape fundamentale :

- O primă etapă, care a început la jumătatea anilor `70 şi a durat aproximativ până la mijlocul anilor `90, deci aproximativ 20 de ani cu variaţii de timp de la o ţară la alta şi,
- Etapa contemporană, începută undeva după prima jumătate a anilor `90 şi până în prezent, când putem spune că s-a trecut la o etapă calitativ superioară mai ales după anul 2004 când cel puţin declarativ se face trecerea de la integrare la incluziune educaţională.

Etapele de mai sus se suprapun, în mare măsură, etapelor dezvoltării învăţământului special şi transformării sale într-un sistem de învăţământ integrat pe plan internaţional prezentate într-un subcapitol anterior.

În anul 1997 Patrick Daunt reputat expert UNESCO a publicat un studiu referitor la progresele realizate în domeniul educaţiei integrate în ţările din UE de la începutul primei etape de dezvoltare şi până la mijlocul anilor `90.

În funcţie de progresele realizate, specialistul britanic a împărţit ţările membre ale UE de atunci în trei mari categorii, la care noi am mai adăugat o a patra categorie, formată din ţările Europei Centrale şi de Est, care au aderat recent la Uniunea Europeană :

1. ***Zona*** ţărilor cu un grad ridicat de ***integrare educativă*** şi cu o mare extensie a acesteia din punct de vedere practic, efectiv, chiar dacă în plan teoretic nu se poate vorbi de o contribuţie majoră, per total zonă. Este vorba , în speţă, de o arie bipolară dispersată pe o axă imaginară ***nord-sud a Europei occidentale***, grupând două, sub-zone plasate în consecinţă: ***DANEMARCA, SUEDIA, NORVEGIA, respectiv ITALIA, SPANIA, PORTUGALIA*** (adică aproximativ europa mediteraneană – meridională).

2. ***Zona*** ţărilor cu un mare potenţial în ***educaţia integrată*** , excelând în special în plan teoretic, ca iniţiatori, dar şi astăzi admirabili continuatori, dar în mod paradoxal, cu realizări modeste în practica efectivă a ***integrării educative*** actuale, după un început promiţător prin anii `70 şi `80, şi aceasta în ciuda chiar a unui cadru legal/juridic de multă vreme favorabil. Este, desigur, cazul ţărilor relativ autonome sau chiar autonome din Arhipelagul Britanic: ***ANGLIA, SCOŢIA, ŢARA GALILOR, IRLANDA DE NORD, respectiv REPUBLICA IRLANDA***, dar şi mai îndepărtată ***Islanda.***

3. ZONA ţărilor cu progrese, dar şi contribuţii (atât teoretice, cât şi practice) relativ mici, aproape nesemnificative, cum este cazul ***Franţei, Germaniei, Olandei, Belgiei şi Greciei.*** O astfel de distribuţie „geografică" graduală a ***integrării educative*** pe „harta educaţională" a Europei prilejuieşte, prin dispersia aferentă şi criteriile care au dus la acesta, câteva concluzii interesante (Daunt, P., 1997, *apud* UNGUREANU, D. (2000) pp. 236, 237, 238).

4. ***Zona*** ţărilor din ***Europa Centrală*** şi de ***Est,*** care au aderat recent la UE (***Cehia, Polonia, Bulgaria, România*** etc.) şi ale căror preocupări teoretice şi practice, în domeniul educaţiei integrate, datează de la începutul anului 1990 odată cu reînceputul construcţiei sistemului democratic în aceste ţări.

„Gradul de dezvoltare al ***educaţiei integrate*** nu pare să depindă direct, în corelaţie pozitivă semnificativă, de gradul de dezvoltare economică şi socială al diverselor ţări, deşi corelează puternic cu regimul politic din ţările respective, care trebuie să aibă un fond autentic democratic, singurul în măsură să „alimenteze" şi să susţină curentul integraţionist general din societate.

Se poate astfel observa cu uşurinţă că ţări precum ***PORTUGALIA, sau SPANIA***, deşi nu dintre cele mai dezvoltate în cadrul Uniunii Europene, practică o ***integrare educativă*** amplă şi profundă, în raport cu sistemele lor educative naţionale, în timp ce ţări foarte avansate social-economic precum Franţa, Germania, Olanda, sunt, în mod surprinzător, mult rămase în urmă în privinţa educaţiei integrate. În ţări ca Spania şi Italia, probabil că şi orientarea lor politică mai pregnant spre „capitalism de stat", uneori chiar cu tente comuniste (în unele guvernări) a facilitat apetenţa pentru integrarea educativă la scară mare, ca o alternativă educativă mai umană, mai comunitară.

Nivelul la care se prezintă educaţia integrată în diversele ţări vest-europene nu pare să depindă nici de tradiţia şi nici de contribuţia naţională la dezvoltarea educaţiei, în timp, pentru întreaga umanitate, dar nici de contribuţia judecată în sine, în mod expres, la ***configurarea ideii, filosofiei, ideologiei,*** şi, în general, ***a teoriei educaţiei integrate.***

Astfel, ţări precum Franţa, Germania, Belgia, care au dat lumii mari pedagogi şi care au constituit şi mai constituie încă „modele" în materie de educaţie, aderă greu şi

nesemnificativ la fenomenul integrării educative, în ciuda chiar a unor regimuri democratice şi socio-integrative admirabile.

În sfârşit, evoluţia efectivă a educaţiei integrate în Europa de Vest nu poate fi corelată semnificativ nici cu factura psiho-socială/psiho-lingvistică şi în general cu factura etno-culturală a popoarelor respective.

Astfel, popoare de origine latină, plasate în zona meridională, asociate cu o mai mare „căldură umană ", capabile de o comunicare şi o interrelaţionare ce merge până la extatic şi considerate, în principiu, a fi mai compatibile cu o educaţie mai umanitară, mai „de suflet", impregnate de mai mult interes şi grijă pentru semenii aflaţi în dificultate sunt, fie puternic integraţioniste din punct de vedere educativ (Italia, Spania, Portugalia), fie practic aproape indiferente faţă de ***integrarea educativă*** (Franţa, Belgia şi Elveţia, parţial, judecate prin prisma zonelor lor latine).

În schimb, popoare mai sobre, precum cel din Marea Britanie sau cele considerate de-a dreptul reci, distante, indiferente şi „egoiste", într-un fel, ca cele ale ţărilor scandinave, în general, s-au aplecat cu multă înţelegere, receptivitate, interes şi responsabilitate asupra *Integrării educative,* devenită astăzi acolo o practică generalizată, care s-a bucurat de contribuţii teoretice semnificative şi de o ideologie în consecinţă generată de acestea, cum a fost cazul *Teoriei şi principiului normalizării*, a căror ţară de origine a fost, în primul rând, Suedia.

Explicaţii pentru o asemenea stare de lucruri sunt greu de găsit, la modul absolut satisfăcător, dat fiind că, într-un fenomen ca Educaţia integrată, coexistă şi interacţionează explicit, dar şi implicit, previzibil, dar şi imprevizibil, favorabil, dar şi defavorabil, o mulţime de factori, parametri, condiţii, premise, efecte greu de monitorizat şi destul de greu de controlat şi manipulat.

Singura concluzie care se impune este aceeea că, oricât de complexă şi uneori contradictorie şi contrariată, realitatea Educaţiei Integrate este totuşi construibilă, îndelung, laborios, cu tenacitate şi realism, trebuind înfrânte, depăşite inerţii, mentalităţi, tradiţii, dar şi evitate sau cel puţin temperate optimismul neavenit, precipitarea excesivă, sau „transplanturi" tale-quale, fără adaptările şi precauţiile de rigoare." (**Ungureanu, D.**, 2000, pp. 236-237).

A.Din categoria ţărilor cu rezultate deosebite în domeniul educaţiei, se detaşează, în mod deosebit Ţările Scandinave locul unde de altfel au şi fost formulate principiile fundamentale ale educaţiei integrate.

De altfel între ţările care formează Peninsula Scandinavă (Suedia şi Norvegia) şi în plus Danemarca, există numeroase similitudini legate de istoricul şi construcţia sistemului de învăţământ integrat bazat pe un set de valori comune cu caracter profund umanist şi mare sensibilitate faţă de problemele persoanelor defavorizate, în general şi a celor cu handicap, în particular.

Deoarece despre evoluţia sistemului de învăţământ integrat am vorbit în alt paragraf al acestei lucrări , vom prezenta câteva aspecte legate de dezvoltarea procesului de integrare în Suedia şi Danemarca.

În Suedia s-a ajuns la „performanţa" ca la începutul anilor `90 să se generalizeze învăţământul integrat şi doar 0.5% dintre copiii deficienţi cu vârste cuprinse între 7 şi 17 ani să mai fie scolarizaţi în şcoli, centre de educaţie specială (este vorba despre copii cu

tulburări emoţionale severe, copii cu surditate totală şi fără capacitatea de comunicare, copii cu deficienţe severe de intelect).

În paralel cu aplicarea programelor de integrare s-a dus şi o politică susţinută de descentralizare a sistemului, bugetar astfel încât fiecare şcoală să aibă un grad ridicat de autonomie managerială, iar susţinerea financiară să vină în cea mai mare parte de la bugetele locale. (**Gherguţ, A.**, 2001, pag. 59).

În Danemarca, în anul 1969, Parlamentul Danez a decis ca integrarea să fie unul dintre principiile de bază ale educaţiei copiilor cu cerinţe speciale, iar organizarea sistemului de învăţământ să permită integrarea unor categorii sociale diverse (copii cu deficienţe, copii din diferite clase sociale, copii aparţinând unor comunităţi etnice etc.) în aşa-numitele Folkeskole (şcolile publice/populare) sau în şcoli private, înfiinţate de asociaţii ale părinţilor, care au anumite convingeri religioase sau politice (aceste şcoli îşi desfăşoară activitatea în proporţie de aproximativ 85% după modelul şcolilor publice şi sunt monitorizate de Ministerul Educaţiei).

Reuşita educaţiei integrate din Danemarca are câteva explicaţii care ţin de specificul societăţii daneze:

- Societatea daneză are un grad ridicat de omogenitate în privinţa convingerilor şi respectului dovedit de cetăţeni faţă de valorile sociale, culturale şi economice (cinste şi corectitudine din partea contribuabilului obişnuit);
- Organizarea sistemului de învăţământ danez permite ca aceiaşi profesori să desfăşoare activităţi cu aceeaşi clasă de elevi pe tot parcursul perioadei de şcolarizare (învăţământul primar şi gimnazial, adică intervalul de vârstă cuprins între 7 şi 16 ani), la fiecare clasă existând trei profesori (fiecare este responsabil pentru anumite categorii de discipline), la care, în condiţiile educaţiei integrate, se adaugă profesorul de sprijin/suport. Astfel, elevii şi profesorii se pot cunoaşte foarte bine şi pot să dezvolte o relaţie de colaborare pe termen lung cu responsabilităţi bine precizate;
- Activităţile educative se desfăşoară într-o atmosferă relaxantă, care ameliorează climatul şcolar şi motivează copiii pentru participarea la programul şcolii.

Cu toate acestea, anumite categorii de copii care prezintă deficienţe grave şi care nu se pot integra în clase sau şcoli publice urmează programe speciale de reabilitare şi educare în centre sau şcoli speciale, iar integrarea lor socială se desfăşoară prin activităţi specifice, adecvate potenţialului lor de relaţionare şi participare socială". (**Gherguţ, A.**, 2001, pag. 62).

„În Italia, apariţia primelor experienţe de integrare care s-au generalizat datează din perioada anilor `80 şi până în prezent." Principalele repere de politică educaţională, care au favorizat şi susţinut extinderea educaţiei integrate au fost:

- În anul 1982, Ministerul Instrucţiei Publice din Italia a legiferat statutul profesorului de sprijin/suport în clasele/şcolile în care sunt integraţi copiii cu cerinţe educative speciale (CES); astfel, şcoala incluzivă poate angaja un profesor de sprijin pentru doi copii cu deficienţe grave (copii cu sindromul Down, copii cu deficienţe psihomotorii severe) sau un profesor de sprijin pentru patru copii cu deficienţe moderate sau uşoare;

- Proiectarea şi elaborarea unor manuale în care temele să fie tratate într-o formă accesibilă elevilor cu CES şi să favorizeze activităţile interactive în grupe mici de elevi şi cu structura flexibilă;
- Alcătuirea la nivelul municipalităţilor a unor echipe socio-psihopedagogice cu responsabilităţi în expertizarea, diagnosticarea, proiectarea programelor de intervenţie şi recomandarea curricumului şcolar pentru copii care vor urma programul şcolilor incluzive;
- Înlocuirea termenului de "handicapat" cu termenul "purtător de handicap" pentru atenuarea semnificaţiei negative în percepţia opiniei publice a termenului "handicapat".

Ca o concluzie la măsurile de aplicare a principiilor educaţiei integrateîn sistemul de învăţământ italian, se poate afirma cu certitudine că, integrarea şcolară a copiilor cu CES a devenit o realitate naţională, acceptată de majoritatea membrilor societăţii, fapt demonstrat şi de procentul foarte mare de copii cu deficienţă (peste 90%) integraţi, într-o formă sau alta, în şcolile de masă (cele mai avansate regiuni fiind Florenţa, Bologna, Trieste şi Parma)" (**Gherguţ, A.**, 2001, pp. 60, 61).

În Portugalia, la mijlocul anilor `90, erau integraţi din punct de vedere educaţional aproximativ 80% dintre elevii cu CES pe baza asistenţei asigurate de către numeroase „echipe pentru educaţie specială".

„Membrii acestor echipe erau denumiţi instructori preparatori (un fel de echivalent al profesorului/educatorului/itinerant) fiind în acelaşi timp şi consilieri şi specialişti şi practicieni, atât în clasele integrate, cât şi în centrele de resurse" (**Ungureanu, D.**, 2000, pag. 240).

Spania, la rândul său, a intrat după, unii autori, în cel mai amplu şi ambiţios program de integrare educaţională din Europa anilor `90, cu rezultatele cele mai vizibile în provinciile din Sudul Peninsulei Iberice. Realizările deosebite obţinute în acest domeniu pot fi explicate prin următoarele elemente (**Ungureanu, D.**, 2000, pag. 241):

- Procesul de integrare educativă a evoluat şi progresat simultan cu o amplă reformă a învăţământului spaniol, susţinută de numeroase amendamente şi mai ales de trei legi ale Educaţiei, promulgate succesiv , într-un interval de circa 15 ani, dintre care ultima, LOGSE (Ley de la Organisacion General des Sistema Educativo) a avut cea mai mare contribuţie în acest sens, promovând o tranziţie responsabilă, fără să grăbească, sau să forţeze lucrurile;
- Există o grijă expresă pentru formarea întregului personal didactic, în spirit integrativ-educativ, încă din stadiul iniţial (colegiu, facultate), fără a se neglija nici formarea ulterioară, continuă, în consecinţă;
- Există un admirabil *consens naţional* sau în orice caz, un curent de masă în sprijinirea *integrării,* manifestându-se toate autorităţile locale şi zonale, toate partidele politice, parlamentarii care, odată aleşi, nu-şi pot permite să "uite" acest "punct sensibil" pentru alegători, cetăţeni, grupuri de presiune etc.

În această ţară, printre foarte puţinele din lume, preocupările pentru integrarea (educativă) a tinerilor cu nevoi speciale nu se opresc după segmentul educaţiei obligatorii, nici măcar după cel al educaţiei secundar-superioare (liceu), prelungindu-se într-o

veritabilă integrare comunitară şi socială, cu concursul larg al unor fundaţii, organizaţii, diferite firme şi companii etc.(**Daunt, P.**, 1997).

B. Din categoria ţărilor cu mare potenţial în domeniul educaţiei integrate manifestat mai ales într-o serie de lucrări de referinţă cu caracter teoretic, dar care la capitolul realizări practice nu au excelat, face parte Anglia.

Această ţară are, încă din anul 1981, o lege care permite educarea copiilor cu cerinţe educative speciale în şcolile obişnuite total sau parţial.

Deşi sunt, inexplicabil, mult inferioare faţă de cum ar fi putut să se prezinte, aspectele privind integrarea educativă nu trebuie considerate ca nesemnificative, dat fiind că , totuşi, în Anglia :

- „Între 35-40% dintre educabilii cu CES ai ţării sunt integraţi educativ în şcoli orientate spre educaţia integrată;
- Integrarea educativă se bucură de un sprijin mai consistent din partea profesorilor din educaţia specială, tot mai deschisă spre social (mai puţin segregativă) şi, ceea ce este mai interesant , din partea cercurilor universitare, excelând în acest sens universităţile din Londra, Brimingham, Manchester;
- Numeroase asociaţii ale părinţilor copiilor cu CES, fundaţii, O.N.G.-uri, foarte bine organizate, sunt destul de puternice şi influente în a susţine integrarea educativă;
- Şansa ca un educabil cu disabilităţi, odată intrat într-un program integrativ-educativ, să continue în aceeaşi manieră şi liceul şi chiar facultatea este frecventă , în cele mai multe cazuri, el fiind acceptat fără rezerve, sprijinit şi chiar admirat de către colegi şi profesori;
- Preocupările pentru cercetarea ştiinţifică şi inovare în materie de integrare educativă continuă să fie mai consistente şi mai fructuoase în Anglia, decât în oricare altă ţară în care se practică educaţia integrată". (**Ungureanu, D.**, 2000, pag. 244).

C. Din grupa ţărilor cu progrese şi contribuţii teoretice şi practice relativ mici în domeniul educaţiei integrate prezentăm, în continuare, cazul aparent paradoxal al Germaniei.

În Germania, aşa cum arată expertul UNESCO, P. Daunt, (1997) există două explicaţii majore pentru dezvoltarea sub aşteptări a educaţiei integrate.

1. "Fărâmiţarea administrativ-istorică şi caracterul federal tradiţional al spaţiului teritorial german, landurile componente dispunând de o largă autonomie, inclusiv în planul politicii educaţionale;
2. Dezvoltarea deosebită, excepţională s-ar putea spune a subsistemului educaţiei speciale deosebit de riguros organizată, dotată eficient (din perspectiva proprie), ceea ce a diminuat încrederea în alternative educaţionale, fie ele şi de tip integrativ.

Programe restrânse de integrare educativă s-au reuşit totuşi mai ales la nivel de grădiniţe şi eventual la ciclul primar în zone muncitoreşti cu mari aglomerări industrial/comerciale ca Valea Rihnului sau în Hamburg" (**Ungureanu, D.**, 2000, pp. 244, 245).

D. Ţările din zona Europei Centrale şi de Est, iniţial, au fost influenţate mai mult sau mai puţin în timpul perioadei comuniste de concepţia şcolii defectologice sovietice. În continuare, prezentăm situaţia educaţiei integrate din Bulgaria, Cehia şi Polonia, ţări care au beneficiat de procesul de extindere al Uniunii Europene alături de România a cărei situaţie o vom trata ulterior în paragrafe separate.

„În Bulgaria, legislaţia recentă (1992 şi 1994) reglementează educaţia specială pentru toate categoriile de copii cu cerinţe educative speciale şi întăreşte rolul autorităţilor educaţionale în acest sens. Există o politică de încurajare a integrării, în mod deosebit pentru copiii cu deficienţe de auz şi văz. Forma principală de sprijin oferită şcolilor obişnuite este „asistenţa pedagogică suplimentară" şi accesul la specialişti „itineranţi". Există anumite legături între şcolile speciale şi cele obişnuite, care cuprind schimbul de profesori şi de practici didactice. Printre temele de cercetare şi dezvoltare se numără şi „dezvoltarea unor programe speciale de învăţare şi integrarea în viaţa zilnică".

Cehia a adoptat, de asemenea, o legislaţie ulterioară anului 1989 (1990 şi 1993) în domeniul educaţiei speciale, care cuprinde 8 categorii de centre educative speciale, toate aflate sub responsabilitatea Ministerului Învăţământului. În anul 1995, erau aşteptate reglementări noi, care să acorde o atenţie mai mare integrării educaţionale la toate nivelurile de învăţământ, cu asigurarea sprijinului diferenţiat adecvat, ceea ce învederează existenţa voinţei politice de promovare a integrării.

Formele principale de sprijin disponibile în şcolile obişnuite sunt: „asistenţă în clasă", „suport pedagogic suplimentar" şi accesul la „specialişti itineranţi". Există ceva legături între şcolile speciale şi cele obişnuite.

În învăţământul special sunt cuprinşi 3,8% copii din totalul populaţiei de vârstă şcolară, în timp ce un procent de 0,8% dintre copiii cu cerinţe educative speciale frecventează şcoli obişnuite. Programele de cercetare şi dezvoltare au ca teme principale: integrarea, dezvoltarea centrelor de educaţie specială, programe educaţionale individuale pentru anumiţi copii.

În Polonia, copiii şi tinerii cu cerinţe speciale se bucură, conform Constituţiei, de aceleaşi drepturi ca şi semenii lor. Politica şcolară pune accent pe menţinerea şi consolidarea legăturilor dintre învăţământul special şi cel obişnuit, potrivit legislaţiei din 1991 şi 1993. Există un proiect de lege pentru includerea copiilor cu deficienţe severe şi profunde în cadrul învăţământului obligatoriu.

Structurile educaţionale cuprind :şcoli speciale cu internat, şcoli speciale de zi, clase speciale în şcoli obişnuite şi cabinete/unităţi de resursă.
Intenţiile politice de integrare în învăţământul obişnuit au fost concretizate în anul 1993 prin stabilirea următoarelor condiţii :

- Numărul copiilor dintr-o „clasă de integrare" trebuie să fie mai scăzut decât cel dintr-o clasă obişnuită, respectiv 15-20 de copii, inclusiv 3-5 copii cu cerinţe educative speciale;
- Un elev cu cerinţe speciale dintr-o clasă obişnuită, trebuie să primească materialele educaţionale necesare;
- O şcoală obişnuită care are clase de integrare trebuie să angajeze suplimentar profesori care să sprijine procesul de integrare.

Forma principală de suport, în acest cadru, este „sprijinul pedagogic suplimentar asigurat în afara clasei”.

Există contacte ocazionale între elevii şi profesorii din învăţământul special şi cel obişnuit, care se fac cu scopul de a “sparge stereotipurile şi barierele din conştiinţa publică” (**Vrasmas, T., Daunt, P., Muşu, I.**, 1996, pp. 29, 30).

Ultima etapă, cea contemporană, începută după prima jumătate a anilor `90 şi în care s-au petrecut schimbări majore la începutul anilor 2000 a consacrat educaţia incluzivă ca o strategie esenţială pentru evitarea marginalizării şi excluderii mai ales după apariţia „Declaraţiei Mondiale cu privire la Educaţia pentru toţi” din capitala Senegalului, Dakar, din anul 2000.

O serie de diferenţe dintre state, din punctul de vedere al performanţelor în domeniul integrării educaţionale, s-au estompat sau chiar răsturnat.

Spre exemplu, ţări care la începutul anilor `90 făceau parte din grupa celor cu progrese şi contribuţii teoretice şi practice aproape nesemnificative cum este cazul Greciei şi Ciprului intră la începutul anilor 2000 în grupa ţărilor cele mai avansate în domeniul educaţiei integrate care urmăresc includerea tuturor elevilor cu nevoi speciale.

De asemenea, în cea de a doua grupă de ţări cea care oferă servicii din ce în ce mai variate în domeniul educaţiei incluzive demonstrând progrese semnificative, pe această linie, a intrat un grup numeros de ţări foste comuniste şi recent intrate în Uniunea Europeană.

Prezentăm, mai jos, clasificarea ţărilor de pe continentul nostru şi concluziile studiului intitulat “Educaţia Cerinţelor Speciale în Europa”, elaborat în anul 2003 de către Agenţia Europeană pentru Dezvoltare în Educarea Nevoilor Speciale şi EURYDICE (**Baba, L., Borca, C., Runceanu, L., Vrasmas, E.**, 2009, pp. 10, 11, 12).

„În funcţie de politicile şi practicile privind includerea elevilor cu cerinţe educaţionale speciale, studiul menţionat anterior a identificat trei categorii de ţări :

- Ţări care promovează politici şi practici incluzive ce urmăresc includerea tuturor elevilor, prin oferirea de servicii şcolilor incluzive (Spania, Grecia, Italia, Portugalia, Suedia, Islanda, Norvegia şi Cipru).
- Ţări care pun în practică diferite abordări ale educaţiei incluzive, oferind servicii variate, de la educaţie incluzivă la educaţie specială (Danemarca, Franţa, Irlanda, Luxemburg, Austria, Finlanda, Marea Britanie, Letonia, Liechtenstein, Republica Cehă, Estonia, Lituania, Polonia, Slovacia şi Slovenia).
- Ţări în care există două sisteme educaţionale distincte, incluziv şi special, fiecare dintre acestea fiind reglementate de legi separate. Copiii cu dizabilităţi sunt plasaţi, de obicei, fie în şcoli speciale, fie în clase speciale din şcoli de masă. În Elveţia şi Belgia, sistemul special este bine dezvoltat.

Evident, există diferenţe în ceea ce priveşte stadiul în care se află fiecare dintre aceste ţări în implementarea politicilor incluzive. Spre exemplu, în Suedia, Danemarca, Italia şi Norvegia au fost implementate, de timpuriu, politici care au promovat şi susţinut educaţia incluzivă.

În majoritatea ţărilor, sunt menţionate 6-10 tipuri de nevoi speciale, iar conceptul de „cerinţe educaţionale speciale” este inclus în agenda factorilor de decizie a specialiştilor. Se constată tendinţa de a înlocui modelul medical al dizabilităţii cu modelul

social al dizabilităţii şi o abordare educaţională axată pe implicaţiile dizabilităţii asupra procesului educaţiei.

Cadrele didactice de la clasă au un rol fundamental în procesul incluziunii, ele fiind responsabile pentru educarea tuturor elevilor. Atitudinile cadrelor didactice faţă de educaţia incluzivă depind de experienţa acestora cu elevii cu dizabilităţi, formarea iniţială, existenţa unor forme de sprijin la clasă, mărirea clasei de elevi şi responsabilităţile pe care le au la clasă. Cadrele didactice din învăţământul secundar manifestă mai puţin interes faţă de includerea copiilor cu dizabilităţi în clasa lor, mai ales dacă aceştia au dificultăţi emoţionale şi comportamentale severe.

Elevii şi cadrele didactice primesc sprijin din partea unui cadru didactic specializat, în clasă sau în afara acesteia. Sprijinul este acordat în primul rând elevilor, însă se constată tendinţa de a acorda sprijin şi cadrelor didactice de la clasă. În unele ţări, cadrul didactic specializat face parte din echipa şcolii incluzive, în schimb, în alte ţări acesta aparţine unei alte instituţii (în general, şcoli speciale). Aceste două tipuri de sprijin coexistă în Suedia. Sprijinul acordat elevilor este flexibil, în funcţie de resursele disponibile şi de nevoile copiilor.

În pofida aspectelor specifice fiecărei ţări, există unele tendinţe comune care reflectă progresele din aceste ţări în direcţia implementării educaţiei incluzive.
În ţările care există două sisteme educaţionale distincte, incluziv şi special, se observă tendinţa de a dezvolta şi oferi servicii suplimentare.

Există progrese în ceea ce priveşte legislaţia în sprijinul educaţiei incluzive.

Acest aspect se remarcă mai ales în ţările în care există un sistem educaţional segregat şi care au elaborat noi cadre legislative pentru includerea elevilor cu dizabilităţi în şcolile de masă.

Implicarea părinţilor în deciziile cu privire la plasarea copiilor cu dizabilităţi constituie un subiect major în multe ţări, părinţii având la dispoziţie diverse posibilităţi pentru a alege între diferite servicii educaţionale.

Transformarea şcolilor speciale în centre de resurse este un proces continuu în majoritatea ţărilor. Acest model se află la început în unele ţări.

În general, în multe ţări se urmăreşte trecerea de la modelul medical al dizabilităţii la o paradigmă care să aibă educaţia în centru.

Majoritatea cadrelor didactice de la clasă beneficiază de formare iniţială în domeniul cerinţelor educaţionale speciale. Această formare are, adeseori, caracter general sau este insuficientă (în ceea ce priveşte clasele incluzive).

Cadrele didactice, care doresc să lucreze cu elevii cu dizabilităţi, trebuie să participe la formări continue în domeniu. Aceste formări au caracter opţional în majoritatea ţărilor, însă sunt recomandate cadrelor didactice".

Însă, în egală măsură, incluziunea ridică o serie de dificultăţi sau provocări cărora trebuie să le facă faţă statele implicate în acest proces.
Potrivit raportului *Agenţiei Europene pentru Dezvoltare în Educarea Nevoilor Speciale*, din 2003, dificultăţile identificate se referă la:

Educaţia incluzivă la nivel secundar. Multe ţări raportează „probleme serioase" la acest nivel, comparativ cu învăţământul primar, ca urmare a formării insuficiente a cadrelor didactice, atitudinilor cadrelor didactice, care nu sunt întotdeauna pozitive,

adâncirii diferenţelor în învăţare dintre elevii cu dizabilităţi şi cei fără dizabilităţi, nivelului academic ridicat şi a modalităţilor de organizare a procesului didactic.

Rolul părinţilor. Familiile copiilor cu dizabilităţi severe preferă, uneori, şcolile speciale celor de tip incluziv.

Aspecte financiare. Multe ţări menţionează aspectele financiare ca fiind o barieră majoră în calea educaţiei incluzive. În ţările în care sistemul educaţional este de tip segregat, şcolile speciale şi cadrele didactice se pot simţi ameninţate de procesul incluziunii, exprimând, adeseori, temeri cu privire la posibilitatea de a-ţi pierde locurile de muncă.

Legislaţie. Deşi au fost emise acte legislative, acestea sunt insuficiente.

Descentralizare. Deşi alocarea resurselor şi luarea deciziilor la nivel local sporeşte flexibilitatea şi o mai bună adaptare a serviciilor la nevoile locale, calitatea şi nivelul serviciilor sunt variabile.

Mărimea clasei. În unele ţări (spre exemplu, Franţa) se consideră că numărul crescut al elevilor din clasă este un factor negativ în procesul incluziunii. Cadrele didactice din aceste ţări consideră că este foarte dificil să includă elevi cu dizabilităţi, deoarece au foarte multe sarcini didactice. (**Baba, L., Borca, C., Runceanu, L., Vrasmas, E.,** 2009, pag. 15).

Rezultă din cele prezentate mai sus faptul că procesul de integrare educaţională în ţările din Uniunea Europeană se află într-o evoluţie constant ascendentă pe termen lung în ciuda unor dificultăţi, mai mult sau mai puţin recunoscute în diferite rapoarte şi analize publicate relativ recent, fapt care ne îndreptăţeşte să privim cu optimism perspectivele acestui proces deosebit de complex în viitor.

3.2 Aspecte ale educaţiei integrate în Statele Unite ale Americii – modelul actual din Carolina de Sud

Am ales să prezentăm modelul de educaţie integrată din SUA din două motive principale.

În primul rând, pentru că acest model, alături de cel scandinav, este printre cele mai avansate din lume; spre exemplu, în această ţară, încă din 1955, Departamentul Federal de Educaţie aprecia că, din circa 5 milioane de elevi cu CES, reprezentând 12% din populaţia şcolară, 80% (4 milioane) erau cuprinşi în structuri şcolare obişnuite (clase speciale sau diverse forme de integrare în clase obişnuite şi doar restul de un milion erau în diferite şcoli sau structuri speciale (**Vrasmas, T.,** 2004, pag. 250).

De atunci, numărul elevilor aflaţi în structuri şcolare integrate a crescut spectaculos.

În al doilea rând, pentru că am avut privilegiul unor vizite de studii şi documentare, care ne-au permis să cunoaştem modul de funcţionare al sistemului sub toate aspectele.

Aşa cum arată un cunoscut autor american, Hoffman (1975), la sfârşitul secolului XX, învăţământul public american a fost „cel mai semnificativ agent de socializare" pentru educarea populaţiei elevilor proveniţi din diverse culturi şi etnii în „stilul american de viaţă".

Principalii factori cu impact asupra dezvoltării sistemului de învăţământ american au fost dezvoltarea şi apariţia testelor de inteligenţă, afluxul de imigranţi, dezvoltarea muncii organizate şi dezvoltarea teoriilor psihologice, Hoffman (1981). Din cadrul acestor factori, testele de inteligenţă şi teoriile psihologice au condus, cu precădere, la posibilitatea evaluării corecte a diferenţelor de potenţial între elevi (**Bauer, A. M.** şi **Shea, M. T.**, 1989).

Coexistenţa sistemului privat şi a celui public de învăţământ se modifică, prin intensificarea intervenţiei statului, mai ales după cel de-al doilea război mondial.

Factorii acestei modificări de percepţie, în sens pozitiv, au fost:

- screeningul intensiv al tinerilor, în vederea încorporării, care a determinat cunoaşterea numărului exact de persoane cu dizabilităţi fizice şi mentale existente în SUA ;
- stima provenită din patriotism, faţă de persoanele cu dizabilităţi fizice şi tulburări emoţionale, revenite de pe front, care s-a extins şi asupra celorlalte categorii de persoane cu handicap.

Evoluţia legislaţiei, cu privire la educaţia şi protecţia socială a persoanelor cu handicap, a fost influenţată de adoptarea de către ONU, în 1948, a Declaraţiei *cu privire la drepturile omului,* influenţa grupurilor de presiune constituite de părinţii şi asociaţii persoanelor cu handicap, precum şi a impactului unor hotărâri judecătoreşti care obligau şcolile publice americane să şcolarizeze copii cu handicap, în caz contrar fiind pasibile de sancţiuni pentru violarea drepturilor fundamentale ale omului.

În prezent, curţile de justiţie emit decizii de şcolarizare, în funcţie de caracteristicile fizice, intelectuale şi emoţionale ale elevilor cu handicap, iar şcolile publice trebuie să furnizeze, oricărui copil, cea mai adecvată educaţie posibilă.

Cea mai potrivită educaţie, în spiritul concepţiei americane, se poate acorda numai în „mediul cel mai puţin restrictiv", prin plasarea copiilor cu handicap în clase de copii normali.

Această decizie a fost influenţată şi de hotărârea favorabilă, în urma unui proces răsunător, obţinută de către Asociaţia pentru Cetăţeni Retardaţi din Pensylvania, în faţa autorităţilor statale, din domeniul învăţământului. Conform acestei hotărâri, autorităţile locale au fost obligate să asigure (Ramsey, R. S., 2003):

- educaţia în mediul cel mai puţin restrictiv şi cel mai potrivit pentru elevi;
- evaluare periodică a programului educaţional;
- cadrul juridic de procedură.

Tot atunci, profitând de această hotărâre, Consiliul Educaţiei din Districtul Columbia (Carolina de Sud) a extins aceste prevederi la toate categoriile de copii cu handicap.

În ordine cronologică, principalele momente ale evoluţiei legislaţiei americane, cu privire la educaţia şi protecţia socială a persoanelor cu handicap, au fost următoarele (**Bauer, A. M.** şi **Shea, M. T.** 1989 şi **Ramsey, R. S.**, 2003):

- 1974 – prin Lege Publică s-a cerut statului să furnizeze toate oportunităţile educaţionale copiilor cu dizabilităţi, incluzând identificarea, evaluarea corectă, instituţii alternative, proceduri legale şi educaţie publică gratuită şi potrivită;

- 1975 – Legea Publică 94-142 (Educaţia pentru toţi copiii cu handicap), numită de specialiştii americani şi „osia centrală a educaţiei speciale“, prin care s-a asigurat educaţie publică gratuită pentru toţi copiii cu dizabilităţi şi au fost definite noţiunile de educaţie specială şi serviciile de sprijin ale acesteia, precum şi cadrul legal de asigurare al acestor servicii;
- 1986 – prin Lege Publică (Documentul asupra Protecţiei Copiilor cu Handicap) s-a asigurat finanţarea programelor de reabilitare a copiilor mici cu dizabilităţi (de la naştere până la 2 ani);
- 1990 – prin Lege Publică (Documentul Americanilor cu Handicap) s-a acordat protecţie juridică persoanelor cu dizabilităţi în sectorul privat de muncă şi în toate serviciile publice de transport şi telecomunicaţii;
- 1990 – prin Lege Publică (Legea Educaţiei Persoanelor cu Dizabilităţi – IDEA = Individuals with Disabilities Education Act) s-a extins sfera serviciilor de sprijin şi s-a hotărât includerea copiilor şi tinerilor cu dizabilităţi în programe educaţionale individualizate (IEP), bazate pe obiective detaliate şi cu termene precise.

În legislaţia contemporană americană, persoana cu dizabilităţi este definită ca fiind „orice persoană care are *1) o deficienţă fizică sau mentală, care îi limitează una sau mai multe activităţi majore ale vieţii, 2) posedă un document care atestă această deficienţă sau 3) este privită ca având o aştfel de deficienţă”* **(Ramsey, S. R.,** 2003).

Dintre activităţile majore ale existenţei fac parte: grija faţă de propria persoană, mersul, comunicarea, învăţarea, munca etc.

Pregătirea specialiştilor în domeniul educaţiei speciale diferă la fiecare universitate în parte. În general, se oferă specializări mai înguste, pe anumite categorii de handicap sau doar la nivel superior, studii aprofundate şi masterat. Spre exemplu, Universitatea Columbia, din Carolina de Sud, oferă specializări pe anumite categorii cu dizabilităţi (ex. autism), doar la nivel de masterat pentru absolvenţii cu diplomă de licenţă şi care au lucrat în domeniul învăţământului o perioadă de timp.

Elementul comun, însă, pentru majoritatea statelor americane, este atestarea obligatorie a profesorilor care doresc să lucreze în domeniul educaţiei speciale, prin promovarea unui examen bazat pe un test grilă, în urma căruia, în funcţie de un anumit punctaj, se conferă certificatul de „profesor pentru elevi cu nevoi speciale”. Acest certificat este valabil o perioadă limitată de timp, de regulă 5 ani şi demonstrează cunoştinţele titularului din domenii diverse – legislaţie pentru învăţământ, psihologie, educaţie specială, metodică şi didactica învătământului special, capacităţi de comunicare cu părinţii şi alte categorii de autorităţi, abilitatea de a lucra în echipe interdisiplinare etc. Pentru pregătirea examenului din domeniu, candidaţii au la dispoziţie manuale speciale, redactate într-un stil algoritmic, care au ca anexe o serie de modele de teste grilă şi exerciţii practice (ex. în Carolina de Sud se studiază „XAM II Special Education – Praxis Teacher’s Certification Exam”, elaborat în anul 2003 de Ramsey R.S.).

Principiul care stă la baza sistemului de educaţie specială american este cel al incluziunii, care urmăreşte să asigure mai mult decât simpla integrare în şcolile publice a elevilor cu dizabilităţi, vizând în acelaşi timp şi integrarea lor socială, comunitară şi profesională.

Un alt principiu, important în sistemul de educaţie specială american, este cel al respingerii zero. Conform acestui principiu, este obligatoriu ca toţi copiii şi tinerii cu dizabilităţi, cuprinşi în intervalul de vârstă 3-21 ani, să beneficieze de educaţie publică adecvată şi gratuită.

Alte principii, derivate din Legea Publică 94-142, se referă la evaluarea nediscriminatorie, pentru determinarea eligibilităţii pentru serviciile de educaţie specială, principiul mediului celui mai puţin restrictiv, care prevede necesitatea plasării elevilor cu dizabilităţi alături de cei normali şi principiul participării părinţilor, conform căruia aceştia au dreptul să participe la examinarea elevului, să obţină informaţii despre educaţia specială a copilului şi chiar să stipuleze persoanele care pot avea acces la documentele acestuia.

În sfârşit, un ultim principiu este cel al descentralizării, conform căruia, de problemele educaţiei speciale se ocupă, în mod direct, Agenţiile Educaţionale Locale (LEA) din fiecare stat în parte.

Modelul de organizare al serviciilor de educaţie specială este realizat pe şapte niveluri, în funcţie de gravitatea dizabilităţii elevului. Dena E. (1970) a proiectat, în acest sens, un model pe care l-a intitulat „cascada serviciilor", care se aplică şi în prezent.

Cele şapte niveluri sunt următoarele (**Shea, M. T. şi Bauer, A. M.**, 1989, **Ramsey, R. S.**, 2003):

Nivelul 1 – clasă obişnuită, în care învaţă elevi cu dizabilităţi, cu sau fără servicii de suport;

Nivelul 2 – clasă obişnuită cu servicii de suport (medicale, de consiliere şi consultanţă etc.);

Nivelul 3 – clasă obişnuită cu clasă specială cu program parţial (poate beneficia de servicii itinerante şi cameră de resurse);

Nivelul 4 – clasă specială cu program complet (autonomă);

Nivelul 5 – şcoli speciale;

Nivelul 6 – educaţie specială la domiciliu;

Nivelul 7 – program rezidenţial în spitale şi alte categorii de instituţii.

În orientarea elevilor cu dizabilităţi către diferite categorii de servicii, plurinivelare, se ţine seama de principiul mediului cel mai puţin restrictiv, iar schimbarea nivelului de servicii se face în funcţie de atingerea de către aceştia a obiectivelor principale de intervenţie recuperativ-terapeutică, asumate de către echipa multidisciplinară.

Majoritatea covârşitoare a elevilor cu dizabilităţi se află în şcolile publice incluzive, beneficiind de servicii de educaţie specială situate la nivelul 3 (clasă obişnuită cu servicii itinerante şi cameră de resurse) şi nivelul 4 (clasă specială cu program complet). În multe cazuri, prin cameră de resurse se înţelege introducerea elevului într-un program de instruire personalizat, în funcţie de nevoile sale, indiferent de locul de desfăşurare, care poate fi şi în cadrul sălii de clasă obişnuită.

În general, numărul maxim de elevi dintr-o clasă este de 10-12, la jumătate faţă de efectivul mediu al claselor obişnuite.

Sistemul american de învăţământ mai păstrează un număr restrâns de şcoli speciale, pentru cazurile de elevi cu dizabilităţi profunde, care se află însă într-un permanent proces de reducere, considerându-se că acestea sunt medii înalt restrictive. În

prezent, se încearcă, în special, orientarea elevilor cu dizabilităţi fizice către şcoli obişnuite, considerându-se că acolo pot progresa mai uşor. Reducerea numărului de şcoli speciale în sistemul de învăţământ american se realizează potrivit principiului după care cu cât creşte severitatea dizabilităţii, cu atât scade numărul persoanelor care o posedă.

În şcolile speciale ajung numai elevii cu dizabilităţi situaţi în categoriile severe şi profunde. Recuperarea acestora vizează formarea autonomiei personale şi sociale, care să le asigure independenţa în mediul fizic şi însuşirea unor forme de comunicare verbală şi non-verbală.

Strategiile de intervenţie în sistemul american se bazează pe trei elemente fundamentale, aflate într-o strânsă interacţiune:

1 – activitatea în echipe interdisciplinare;

2 – elaborarea de programe individualizate pentru fiecare elev cu dizabilităţi;

3 – utilizarea părinţilor ca parteneri activi în cadrul procesului de educaţie specială.

Elementul central al procesului de intervenţie recuperativ-terapeutic este programul educativ individualizat sau personalizat (PEI).

Pentru fiecare elev care beneficiază de educaţie specială, se elaborează obligatoriu un program individualizat, conform cu nevoile sale specifice.

Fiecare *Program Educativ Individualizat* trebuie să conţină (**Ramsey, R. S., 2003**):

1. descrierea nivelului prezent al performanţei academice;
2. obiectivele anuale asumate sau progresele anticipate la elev în diferite domenii;
3. obiectivele pe termen scurt, care în procesul educaţional determină atingerea obiectivelor anuale;
4. tipul şi furnizorii de servicii educaţionale specifice sau alte categorii de sprijin;
5. criterii de evaluare exacte şi perioada de timp alocată pentru măsurarea modului în care au fost atinse obiectivele proiectate;
6. calendarul iniţierii de servicii de sprijin şi durata anticipată a acestora;
7. limita până la care copilul cu dizabilităţi poate participa în programe educaţionale obişnuite şi în programe speciale.

Atâta vreme cât informaţiile, obligatorii din punct de vedere legal, despre copilul cu dizabilităţi sunt incluse, fiecare district şcolar îşi poate dezvolta propriul format de program educativ individualizat.

Programul Educativ Individualizat este revizuit cel puţin o dată pe an, pentru a se opera modificările necesare, în funcţie de progresele înregistrate de elevul cu dizabilităţi.

În concluzie, Programul Educativ Individualizat american se caracterizează prin trei elemente definitorii:

1. asigură o bază pentru evaluarea obiectivă a copilului cu dizabilităţi;
2. facilitează comunicarea dintre membri echipei interdisciplinare, părinţi şi elevi;
3. reprezintă o intervenţie recuperativ-terapeutică, eficientă şi organizată, în funcţie de nevoile elevului cu dizabilităţi.

Pentru eficientizarea acestor programe educative individualizate, este nevoie de diagnosticarea continuă atât a elevilor cu diverse dizabilităţi, cât şi a procesului de instruire în şcoală cu ajutorul diversităţii instrumentelor de evaluare.

Profesorii din domeniul educaţiei speciale trebuie să deţină suficiente cunoştinţe pentru a fi apţi să determine dimenisuni cantitative, ca validitatea şi reabilitarea testelor, să recunoască ceea ce urmăreşte şi conţine testul, să fie capabili să aleagă teste optime pentru scopurile specifice propuse. Pe lângă necesitatea de a fi bine instruiţi în aplicarea, administrarea şi interpretarea corectă a instrumentelor de evaluare, aceştia trebuie să ştie să folosească adecvat rezultatele obţinute în elaborarea P.E.I..-ului (planului educaţional individualizat). O altă cerinţă pentru profesorul de educaţie specială, este capacitatea de evaluare academică a comunicării sociale.

Evaluarea joacă un rol vital în diagnosticele iniţiale şi trebuie să existe o siguranţă a protecţiei împotriva discriminării. Pentru a putea fi urmărite astfel de deziderate ale protecţiei împotriva discriminării în regiunile cu şcoli locale, procesul evaluării trebuie să se desfăşoare după obiective conform Legii Publice 94-142, care conţine o serie de prevederi clare în acest domeniu.

3.3. Metode şi procedee de intervenţie ale profesorului în clasa de elevi din şcolile americane

Recomandările cu caracter metodic, cele mai frecvent întâlnite în ghidurile pentru instruirea profesorilor de educaţie specială, din sistemul american de învăţământ, se referă la următoarele elemente:

Intervenţiile non-verbale. Acestea oferă posibilitatea ca activitatea din clasă să continue fără a fi întreruptă.

Limbajul trupului. Profesorii pot impune respect şi autoritate prin intermediul contactului vizual, expresiile faciale şi gesturile, impunând control asupra elevilor.

Ignorarea intenţionată. Profesorii îi pot ignora pe cei care vor să atragă atenţia prin tot felul de acţiuni perturbatoare, determinându-i astfel şi pe ceilalţi elevi să procedeze la fel.

Semnalele de interferenţă. Contactul vizual, pocnirea degetelor, mişcarea dezaprobatoare a capului sau un gest de admonestare, făcut cu mâna, sunt o parte din semnalele non-verbale care pot fi folosite de către profesor pentru a linişti clasa.

Controlul de proximitate. Profesorii care se deplasează prin clasă, pot staţiona lângă un elev sau un grup de elevi sau îşi pot pune mâna uşor pe umărul elevului care deranjează clasa prin comportament. Profesorii, care stau la catedră, pot adresa instrucţiuni verbale elevilor care deranjează clasa.

Confiscarea obiectelor. Anumite obiecte pot distrage atenţia unor elevi. Îndepărtarea acestor obiecte ajută la concentrarea elevilor.

Umorul. Este recomandabil doar la acei profesori care reuşesc să disciplineze clasa prin comentarii care produc zâmbete, râsete uşoare elevilor. Este exclus sarcasmul, cinismul, tachinarea, pentru că acestea ar putea tensiona atmosfera şi ar fi urmate de resentimente.

Intervenţiile verbale. Acestea se folosesc, de regulă, în momentul în care se observă că intervenţiile non-verbale nu au avut succes.

Mesajele înţelepte. Acestea, de regulă, descriu un comportament potrivit, ajutând elevii să înţeleagă în ce fel comportamentul lor îi afectează pe ceilalţi.

Reconstrucţia. În cazul confruntării cu elevii dezinteresaţi, profesorul poate lua decizia schimbării activităţilor.

Manifestarea afecţiunii. Atunci când elevii devin frustraţi, descurajaţi şi plictisiţi, afecţiunea le oferă ocazia de a şti că sunt apreciaţi. Încurajarea necesară se poate oferi printr-un cuvant amabil, un zâmbet sau doar arătând interes.

Premierea şi încurajarea. Premierea este îndreptată mai mult către comportamentul elevului, decât către personalitatea lui. Încurajările se fac şi verbal.

Avertizarea. Ajută elevii să realizeze o tranziţie lină şi li se oferă timp să se adapteze emoţional, în cazul unor schimbări majore ale tipului de activitate.

Acceptarea sentimentelor elevului. Acestea trebuie canalizate într-un mod constructiv, oferind posibilitatea exprimării lor, în beneficiul elevului.

3.4. Modalităţi de a face activitatea de învăţare cât mai atractivă

Sălile de clasă trebuie să fie atractive, confortabile, să prezinte siguranţă şi să motiveze elevii pentru învăţare şi profesorii pentru predare. Se merge pe ideea că un mediu de învăţare atractiv stimulează acumularea cunoştinţelor. În consecinţă, toate acestea implică săli spaţioase, obiecte colorate, spaţii de învăţare interesante, spaţii în care elevii să-şi expună lucrările, pereţi proaspăt zugrăviţi, aranjamentul mobilei într-un mod flexibil, ordine, curăţenie.

Există şi cazuri în care toate aceste eforturi au un efect invers, şi anume la elevii hiperactivi, la cei cărora li se distrage atenţia foarte uşor şi care au nevoie de o amenajare care să conţină stimuli reduşi în intensitate, cum ar fi o culoare unitară şi pală a pereţilor şi mobilierului, dulapuri în care să nu se vadă obiectele etc.

În lucrul cu un grup cu nevoi speciale este primordială asigurarea unui mediu cu o siguranţă crescută.

Referindu-se la nevoile de siguranţă şi securitate, din ierarhia trebuinţelor lui Maslow, putem preciza faptul că o primă necesitate este aceea de a amenaja, atât clasele de educaţie specială, cât şi cele obişnuite, astfel încât elevii să se poată mişca fără a-şi provoca răni fizice. Copiii au nevoie să se simtă în siguranţă faţă de ce se poate întâmpla în şcoală sau în drumul către sau de la şcoală, iar educatorii şi profesorii trebuie să răspundă acestei nevoi prin asigurarea unui mediu adecvat. Mediul de învăţare, dacă este organizat deficitar şi copiii se simt ameninţaţi şi puşi pe o poziţie defensivă, reduce siguranţa emoţională a acestora. Siguranţa emoţională poate fi menţinută şi prin organizarea de sarcini, pe care elevul le poate îndeplini cu succes, dar şi prin evitarea unor bariere emoţionale şi formularea unor proceduri potrivite pentru situaţii de urgenţă (mai ales în cazul copiilor cu nevoi speciale).

În ceea ce priveşte motivaţia pentru învăţare, aceasta creşte la elevii care înţeleg ce li se spune/predă, ştiu ce se aşteaptă de la ei şi ştiu care este răsplata pe care o vor primi, dacă răspunsul pe care-l dau este corect. Mulţi elevi devin dezinteresaţi din cauza problemelor pe care le întâmpină în timpul învăţării. Este important să se aleagă metoda de predare şi învăţare care i se potriveşte fiecărui elev, deci să se aplice un program individualizat. La motivarea elevilor ajută foarte mult pachetele de programe

multisenzoriale, iar elevii apatici pot prezenta interes în jocurile educative, puzzle, computer şi învăţare multimedia.

Mediul influenţează foarte mult în adoptarea unor comportamente potrivite. Înainte de a modifica structura aranjamentului clasei, este necesar să se ţină cont de evitarea aglomeraţiei, de tipurile de activităţi ce vor fi efectuate şi de numărul de elevi.

Orarul este cel care stabileşte organizarea pe cursuri/lecţii şi tipuri de activităţi. Trebuie să se ţină cont de realizarea orarului, în funcţie de vârsta copiilor, de nivelul intelectual, de interesele speciale, nevoile lor academice, de programul deja existent etc. Se urmăreşte ca activităţile mai importante şi mai interesante să urmeze celor mai puţin interesante.

Atenţia elevilor variază, atât calitativ, cât şi cantitativ, în funcţie de momentul zilei şi de sarcinile prezentate acestora. Unii au capacitatea de a se concentra mai bine dimineaţa, alţii după-amiaza. De asemenea, nu este normal să se aştepte o concentrare prea mare de la elevi, mai ales pentru o activitate ce necesită mult efort după orele de educaţie fizică sau după masa de prânz.

În ceea ce priveşte echipamentul şi tehnologiile didactice, acestea trebuie alese cu grijă, trebuie ţinute la îndemână pentru a nu se pierde timp cu căutarea lor, iar apoi, trebuie depozitate în cutii potrivite, după folosire, pentru a nu le distrage atenţia elevilor.

3.5. Învăţarea activă – modalitate de cooperare şi asigurarea egalităţii de şanse în domeniul educaţional

Învăţarea activă presupune, atât o participare cu implicare afectiv-emoţională a elevului, cât şi o formă de învăţare în colaborare, care, la rândul ei, cuprinde două tipuri: învăţarea egală şi cea de cooperare.

Învăţarea egală este de mai multe categorii, cele mai răspândite sunt situaţiile în care elevii de aceeaşi vârstă, cu sau fără dizabilităţi, se învaţă unii pe alţii şi în care elevii mai mari sau mai mici se învaţă unii pe alţii, tip „vârstă încrucişată".

Jenkins şi Jenkins (după **Ramsey**, 2003) consideră că sunt necesari şapte paşi, ce trebuie urmaţi pentru o învăţare egală eficientă:

1. alegera elevilor care vor fi învăţaţi;
2. pregătirea şcolii pentru învăţare;
3. încadrarea într-o anumită perioadă de timp;
4. informarea părinţilor despre program;
5. descrierea lecţiilor şi a sistemului de notare;
6. conducerea activităţilor ce presupun antrenamentul pentru învăţare;
7. menţinerea implicării şi a interesului celui ce predă.

Învăţarea prin cooperare. Folosită, iniţial, ca metodă de a structura grupurile mici de elevi cu sau fără nevoi speciale, astfel încât să dobândească cunoştinţe şi să ia decizii împreună; se poate folosi pentru toate grupele de vârstă şi pentru oricare parte din curriculum. Şi în acest caz, există patru paşi care trebuie urmaţi (**Ramsey**, 2003):

1. profesorul selectează membri fiecărui grup;
2. profesorul predă, direct grupului, tehnicile de cooperare;
3. profesorul repartizează activităţile;
4. profesorul evaluează efortul depus de fiecare grup.

Este de luat în considerare şi faptul că, pot apărea probleme şi dificultăţi în trecerea elevilor de la învăţare directă, cu profesorul, la cea de cooperare.

De asemenea, în cadrul lecţiilor de predare a principiilor învăţării prin cooperare, trebuie să se ţină seama de o anumită ierarhie. Smith (după **Ramsey**, 2003) consideră că următorii şase paşi sunt necesari a fi urmaţi în predarea principiilor de învăţare pe bază de cooperare, de către un profesor eficient:

1. identificarea deprinderilor necesare membrilor grupului, pentru a demonstra ascultarea sau oferirea informaţiilor;
2. sprijinirea elevilor ca să înţeleagă necesitatea formării deprinderilor de cooperare;
3. stimularea elevilor pentru înţelegerea fiecărei deprinderi;
4. asigurarea ocaziilor în care elevii să-şi exerseze deprinderile recent formate;
5. primirea unui feed-back din partea elevului după fiecare deprindere formată recent;
6. exersarea deprinderilor achiziţionate.

Cele două strategii prezentate mai sus, sunt utilizate pe scară largă în sistemul de educaţie integrată american.

3.6. Modelul de organizare a educaţiei speciale în Carolina de Sud

În statul Carolina de Sud educaţia specială se realizează preponderent în şcoli incluzive, la toate cele trei niveluri, primar, gimnazial şi liceal.

Districtul şcolar, împreună cu directorul şcolii, angajează, în acest scop, personal calificat în urma unei aplicaţii trimise către reprezentanţii locali ai districtului de învăţământ şi a unui interviu desfăşurat în faţa acestora.

Profesorii pentru elevii cu nevoi speciale sunt absolvenţi ai unei facultăţi de psihopedagogie specială, psiholgie sau pedagogie, care au promovat un examen de certificare a cunoştinţelor de psihopedagogie generală şi de specializare pe un anumit tip de deficienţă sau arie curriculară.

Elevii cu dizabilităţi, care posedă cerinţe educative speciale, pot fi incluşi într-un program de educaţie specială după un proces de evaluare complexă, realizat la solicitarea profesorilor sau familiei. Pentru ca elevul să poată fi evaluat, este necesar acordul părinţilor.

Dacă echipa Serviciului de evaluare stabileşte faptul că, respectivul elev cu nevoi speciale necesită includerea într-un program de educaţie specială, se va organiza o întâlnire prealabilă la care vor participa profesorul elevului, psihologul şcolar, directorul şcolii, un profesor de educaţie specială şi părinţii elevului.

În cadrul acestei întâlniri, părintele va semna permisiunea ca propriul copil să fie inclus într-un Program de intervenţie personalizat (Individual Education Program) despre a cărui structură am discutat în prima parte a acestui capitol.

Programul de Intervenţie Personalizat se desfăşoară, cel mai frecvent, în clasa obişnuită sau în clasa specială, în funcţie de nivelul şi de profunzimea cerinţelor educaţionale speciale ale elevului.

Dacă plasarea elevului cu dizabilităţi în clasa obişnuită, cu profesor de sprijin sau itinerant, care îi acordă sprijin progresiv de la una sau mai multe ore pe zi, în funcţie de nevoile copilului, eşuează, se optează pentru clasa specială.

În Carolina de Sud, majoritatea elevilor cu deficienţe sunt educaţi în clase speciale, organizate în şcoli obişnuite.

Clasele speciale se împart în următoarele categorii:

1. clase pentru elevi cu dificultăţi de învăţare (learning disabilities LD);
2. clase pentru elevi cu deficienţe mintale moderate (educable mentally disabled EMD);
3. clase pentru elevi cu deficienţe mintale severe (trainable mentally disabled TMD);
4. clase pentru elevi cu deficienţe mintale profunde (profound mentally disabled PMD);
5. clase pentru elevi cu tulburări emoţionale şi/sau de comportament (emotionally behaviour disabled ED/EBD);
6. clase pentru elevi cu deficienţe de auz;
7. clase pentru elevi cu deficienţe de vedere.

În aceste categorii de clase, profesorul de educaţie specială, care răspunde de întreaga activitate pe ansamblu, este ajutat de un număr variabil de profesori asistenţi, care îl sprijină în întreaga activitate de predare-învăţare. Activităţile didactice sunt organizate individual sau pe grupuri mici de elevi. În cazul în care se optează pentru activităţi individuale, elevul cu dizabilităţi îşi desfăşoară activitatea într-un aşa-numit colţ de învăţare, existent în fiecare clasă specială. Profesorii clasei speciale sunt sprijiniţi în cadrul procesului instructiv-terapeutic de o echipă interdisciplinară, care asigură elevului cu nevoi speciale o gamă variată de servicii de recuperare, care sunt incluse în Programul de Intervenţie Personalizat. Din componenţa acestor echipe, fac parte psihologi şi consilieri educaţionali, logopezi, terapeuţi ocupaţionali şi kinetoterapeuţi.

Specialiştii americani apreciază, de altfel, că succesul integrării educaţionale a elevilor cu dizabilităţi depinde, în primul rând, de sprijinul acordat de serviciile specializate, furnizate de autorităţile locale din domeniul învăţământului.

3.7. Prezentarea sistemului reţelei de servicii de sprijin din domeniul educaţiei integrate din Carolina de Sud

Sistemul de servicii de sprijin, care este la dispoziţia elevilor cu nevoi speciale, integraţi în şcolile incluzive, impresionează prin diversitate şi complexitate. De regulă, fiecare tip de serviciu suplimentar necesar este inclus în Programul Educativ Individualizat al elevului cu dizabilităţi, devenind astfel obligatorie transpunerea sa în practică.

Serviciile de sprijin se clasifică pe patru categorii:

1. servicii complementare;
2. servicii suplimentare;
3. servicii de tehnologii de support ;
4. servicii de tranziţie.

1. *Serviciile complementare* sunt servicii de dezvoltare, corectare sau suport, necesare pentru a facilita accesul elevului cu dizabilităţi la curriculum-ul educaţiei de masă. Această categorie de servicii foloseşte la formarea deprinderilor necesare care să elimine obstacolele care impiedică progresul elevilor, în vederea atingerii obiectivelor proiectate prin Programul Educativ Individualizat (PEI).

În PEI mai trebuie menţionate frecvenţa şi durata anticipate a acestor servicii, astfel încât să fie clar pentru membri echipei de intervenţie a districtului şcolar şi părinţilor, ce nivel al resurselor trebuie angajat.

Serviciile complementare includ următoarele tipuri de activităţi:

a. terapie ocupaţională;
b. terapie fizică;
c. consiliere şcolară;
d. servicii de orientare şi mobilitate ;
e. servicii medicale;
f. transport;
g. alte tipuri de servicii utile pentru elevul cu nevoi speciale, necesare pentru eficienţa tranziţiei de la educaţia specială la cea obişnuită.

Serviciile complementare pot fi iniţiate numai după ce elevul a fost evaluat de către echipa interdisciplinară a PEI şi furnizorul serviciului complementar respectiv şi a stabilit dacă aceste servicii sunt necesare şi utile pentru elev.

Cererea pentru furnizarea de servicii complementare pentru fiecare elev cu dizabilităţi poate fi făcută de către părinţi, profesori, consilieri şcolari, psihologi educaţionali sau alte persoane calificate din şcoală.

Din momentul în care un elev primeşte servicii complementare, orice schimbare legată de obiectivele PEI se va face cu implicarea furnizorului de servicii complementare.

Acordarea de servicii complementare unui elev se poate întrerupe într-o diversitate de situaţii, dintre care, cele mai frecvente sunt cazurile când:

- beneficiul maxim al serviciului a fost atins;
- scopul PEI a fost atins de către elev ;
- elevul cu dizabilităţi este capabil să-şi desfăşoare activitatea în mod independent, în mediul său şcolar sau când serviciile de terapie nu mai pot produce modificări legate de independenţa şi autonomia elevului cu nevoi speciale în mediul şcolar.

A. Terapia ocupaţională (TO), desfăşurată în şcoală, este un serviciu complementar furnizat pentru a dezvolta, înlocui sau compensa deprinderile funcţionale de dezvoltare, care afectează capacitatea elevului de a beneficia de avantajele provenite din educaţia specială.

Serviciile de terapie ocupaţională se concentrează asupra dezvoltării deprinderilor senzorio-motorii ale motricităţii fine de autoservire, şi autonomie personală. De asemenea, aceasta se axează pe proiectarea de dispozitive specifice pentru sprijinirea elevilor cu dizabilităţi în mediul educaţional.

Terapeutul ocupaţional va fi inclus în echipa care realizează PEI-ul elevului cu dizabilităţi.

De regulă, sunt incluşi în activităţile de terapie ocupaţională următoarele categorii de elevi cu dizabilităţi:
- elevii care necesită adaptări ale echipamentelor şi tehnologiilor educaţionale;
- elevii cu întârziere de dezvoltare cu impact în atingerea obiectivelor programelor de educaţie specială;
- elevii cu tulburări ale motricităţii fine;
- elevi care necesită plasarea în locuri speciale în cadrul mediului educaţional.

B. Terapia fizică în şcoală reprezintă alt serviciu acordat în interiorul şcolii incluzive, furnizat pentru a îmbunătăţi, dezvolta sau compensa tulburările deprinderilor funcţionale, rezultate în urma unor deficienţe fizice, neurologice sau de dezvoltare, care afectează, în mod direct, capacitatea elevului de a beneficia de avantajele educaţiei speciale.

Serviciile de terapie fizică, în şcoala incluzivă americană, se concentrează pe:
- utilizarea corectă a dispozitivelor de poziţionare şi mobilitate;
- asigurarea accesului în şi din şcoală şi mijloacele de transport şcolare;
- învăţarea tehnicilor corespunzătoare de manipulare a obiectelor pentru confortul şi siguranţa personală;
- construcţia de dispozitive implicate în adaptarea la mediul educaţional al elevului pe ansamblu.

Frecvent, beneficiază de terapie fizică, în cadrul programului de educaţie specială următoarele categorii de elevi cu dizabilităţi:
- elevii cu dificultăţi legate de siguranţa şi accesul în mediul şcolar;
- elevii care necesită plasarea în locuri special amenajate şi ajutoare de mobilitate pentru accesul în mediul şcolar;
- elevii care necesită adaptări ale echipamentelor şi tehnologiilor didactice.

Ca şi terapeutul ocupaţional, terapeutul fizic este membru al echipei care realizează Programul Educativ Individualizat (PEI).

Atât terapia ocupaţională, cât şi terapia fizică pot fi realizate în cadrul Programului Educativ Individualizat în două modalităţi distincte, prin:

I. Terapie directă, realizată prin contactul nemijlocit cu elevul şi care implică utilizarea unor tehnici specifice de terapie, care să diminueze dificultăţile care afectează performanţele educaţionale.

II. Terapie indirectă realizată prin două modalităţi:
1. consultaţii, în cadrul cărora terapeutul întocmeşte un plan pentru a sprijini atingerea obiectivelor din programul individualizat PEI şi instruieşte alte persoane (profesori, părinţi, asistenţi) în scopul realizării activităţilor zilnice cu elevul, în aceste condiţii terapeutul supervizând activităţile altor persoane;
2. monitorizarea, în cadrul căreia terapeutul este la dispoziţia personalului şcolii, funcţionând în rolul de resursă pentru sprijinirea elevului în vederea atingerii obiectivelor educaţionale stabilite.

În acest scop, terapeutul este într-un contact permanent cu profesorii, familia şi alţi membri ai personalului, urmărind, în acest mod, performanţele elevului în mediul educaţional.

Terapia ocupaţională şi fizică ,realizată în şcolile incluzive, în cadrul programelor de educaţie specială, de niveluri diferite, se deosebesc fundamental de aceleaşi forme de terapie cu caracter medical, datorită conţinutului lor adaptat strict la nevoile educaţionale ale elevilor cu dizabilităţi.

C. Serviciile de consiliere în şcoală sunt servicii complementare, furnizate elevilor incluşi în programe de educaţie specială cu scopul de a-şi dezvolta deprinderile sociale şi de comportament pentru a li se asigura accesul corespunzător la curriculum-ul pentru educaţia obişnuită.

Acest tip de servicii include intervenţii individuale, de grup şi familiale, furnizate în medii sociale diferite, în şcoală, familie sau comunitate, aflate sub coordonarea autorităţilor locale din domeniul învăţământului.

Serviciile de consiliere în şcoală, pentru domeniul educaţiei speciale, sunt furnizate de consilieri calificaţi, care sunt angajaţi de către Departamentul de Educaţie Specială.

În cadrul serviciilor de consiliere în şcoală, sunt incluse, cu prioritate, următoarele categorii de elevi:

- elevii din clasele speciale cu tulburări emoţionale
- elevii din clasele speciale care au fost propuşi pentru exmatriculare din cauza tulburărilor de comportament, legate de specificul dizabilităţii
- elevii din orice clasă specială care au fost suspendaţi mai mult de 10 zile (şi au *Planuri de intervenţie individualizate* asupra comportamentului)
- elevii din orice clasă specială care au tulburări emoţionale şi de comportament severe, care impun un plasament într-un mediu educaţional restrictiv.

Programul educativ individualizat al elevilor cu dizabiltăţi, eligibili pentru serviciile de consiliere, trebuie să conţină o descriere detaliată asupra locului şi duratei desfăşurării acestui tip de servicii.

D. Serviciile de orientare şi mobilitate sunt furnizate elevilor cu deficienţe de auz şi de vedere, care necesită sprijin legat de orientarea în mediul înconjurător şi realizarea în siguranţă a mişcărilor.

Acest tip de servicii este asigurat de personal didactic, certificat în această categorie de activităţi. Deoarece numărul acestor specialişti este mic, aceştia prestează frecvent acest tip de activităţi pentru mai multe districte de învăţământ.

E. Serviciile medicale pentru elevii cu dizabilităţi sunt asigurate la cerere, prin colaborarea dintre autorităţile locale de învăţământ şi cele din domeniul medical.

F. Serviciul de transport face parte din aceeaşi categorie de servicii complementare, furnizate elevilor cu dizabilităţi, atunci când acestea îi împiedică să utilizeze mijloacele de transport, destinate elevilor normali. Pentru ca un elev să beneficieze de condiţii şi mijloace de transport adaptate în cadrul PEI, echipa acestuia trebuie să stabilească tipul serviciului de transport necesar în cadrul procesului de educaţie specială. Orice elev cu nevoi speciale, care nu poate fi transportat cu autobuzele

obişnuite la şcoală, trebuie transportat cu autobuze adaptate şi în condiţii de supraveghere care să-i asigure deplină securitate.

Atunci când se ia această decizie, cu privire la transport în autobuze destinate elevilor incluşi în programa de educaţie specială, trebuie să se ţină seamă ca plasarea să fie făcută conform cu principiul mediului celui mai puţin restrictiv, prezentat în prima parte a studiului nostru.

G. La cererea echipei Programului Educativ Individualizat (PEI), pot fi acordate şi alte categorii de servicii care pot contribui la reuşita integrării educaţionale şi sociale a elevului cu dizabilităţi.

2. *Serviciile suplimentare* reprezintă o varietate de forme de sprijin în clasele obişnuite sau în alte locuri amenajate în scop educaţional, pentru a asigura posibilitatea ca elevii cu dizabilităţi să fie instruiţi, împreună cu elevii normali, conform cerinţelor principiului mediului cel mai putin restrictiv.

Serviciile suplimentare/suport se clasifică în următoarele:

- **Itinerant (vârsta şcolară)** – serviciu de educaţie specială furnizat printr-o combinaţie de servicii directe şi indirecte. – Departamentul de Educaţie al Carolinei de Sud cere ca elevilor să le fie furnizate servicii de educaţie specială minim 250 de minute pe săptămână. Procentul de timp este de 20% sau mai puţin din timpul de şcoală al elevului. Districtul şcolar Aiken cere profesorului de educaţie specială să ţină un jurnal pentru a demonstra volumul de servicii itinerante.
- **Itinerant (grădiniţă)** – serviciu de educaţie specială, furnizat printr-o combinaţie de servicii directe şi indirecte. Departamentul de Educaţie al Carolinei de Sud cere ca elevilor să le fie furnizate servicii de educaţie specială minim 90 de minute pe săptămână.
- **Itinerant (vorbire/limbaj)** – elevii cu dizabilităţi de vorbire/limbaj trebuie să primească 50 de minute pe săptămână din acest serviciu.
- **Camera de resurse** – serviciu de educaţie specială furnizat prin modelul incluziunii şi/sau exteriorizarea activităţii. Prin regulamentele de stat perioada minimă pentru instruirea directă este de 250 de minute pe săptămână. Procentul de timp este între 21% şi 60% din timpul de şcoală al elevului.
- **Consultaţii** – serviciu de educaţie specială care necesită aceleaşi proceduri ca şi cel itinerant, dar perioada de timp nu trebuie să atingă minimum 250 de minute pe săptămână de servicii directe şi indirecte.
- **Interpret educaţional** – serviciu de educaţie specială furnizat elevilor cu deficienţe de auz pentru a ajuta accesul lor la curriculum-ul educaţional obişnuit.
- **Serviciu pentru scrierea notiţelor de curs**
- **Servicii tehnologice de ajutor**
- **Servicii de „umbră“** – asistarea unui copil în generalizarea deprinderilor în clasă de către altă persoană, furnizat ca parte a programului de *Terapia comportamentului aplicat.*
- **Terapia comportamentului aplicat**
- **Alte categorii de servicii.**

3. *Serviciile de tehnologii de suport* reprezintă orice serviciu care ajută direct un copil cu dizabilităţi, în alegerea, achiziţionarea sau utilizarea unui dispozitiv tehnologic de ajutor. Legea Educaţiei Persoanelor cu Dizabilităţi (IDEA) din 1997, cuprinde o prevedere, conform căreia tehnologiile de ajutor necesare, trebuie introduse în cadrul Programelor Educative Individualizate (PEI).

Tehnologiile de ajutor reprezintă orice obiect sau componentă produsă sau achiziţionată, modificată sau personalizată, care este utilizată pentru a menţine sau dezvolta capacităţile funcţionale ale unui elev cu dizabilităţi.

Întreaga gamă de tehnologii de ajutor este furnizată la cererea echipei PEI-ului, de către Departamentul Districtual de Educaţie Specială.

4. *Serviciile de tranziţie* reprezintă un set de activităţi coordonate, destinate să sprijine elevul cu dizabilităţi să facă trecerea de la activităţile şcolare la cele de după absolvirea şcolii.

Categoria de servicii de tranziţie necesare se va include în Programul Educativ Individualizat al tuturor elevilor cu dizabilităţi, începând de la vârsta de 14 ani, în mod opţional.

În acest scop, vor fi prezentate în cadrul PEI interesele elevului, nevoile de servicii şi minim un curs de studii necesare satisfacerii acestor interese.

De la vârsta de 16 ani, elementele legate de structura serviciilor de tranziţie, trebuie incluse, în mod obligatoriu, în programul individualizat al elevului cu dizabiltăţi.

Pentru planificarea cu succes a serviciilor de tranziţie postşcolară echipa programului (PEI) trebuie să cunoască cu exactitate care sunt deprinderile şi capacităţile care vor asigura adaptarea optimă a elevului în diverse medii ţintă în care acesta urmează să trăiască.

Deprinderile şi abilităţile, cel mai frecvent solicitate în această direcţie, sunt următoarele:

- deprinderile şi capacităţile implicate în căutarea unui serviciu;
- deprinderile solicitate de diverse categorii de ocupaţii specifice;
- deprinderile de citit, scris, calcul aritmetic, comunicare, rezolvare de probleme, gândire critică şi adoptarea deciziilor;
- deprinderile sociale;
- deprinderile de autoîngrijire şi autonomie ;
- deprinderile funcţionale legate de folosirea serviciilor puse la dispoziţie de către comunitate (utilizarea transportului public) ;
- deprinderile de viaţă cotidiană şi pentru activităţi domestice.

La elaborarea setului de activităţi prevăzute în cadrul serviciilor de tranziţie din PEI, participă şi Agenţiile de servicii pentru adulţi, din districtul respectiv, care vor prelua elevul cu dizabilităţi după absolvirea şcolii.

Elevul cu dizabilităţi, când părăseşte şcoala, va primi şi un portofoliu de activităţi de tranziţie incluse în ultimul său Program educativ individualizat.

Anul şcolar extins (ESY – Extended School Year), o altă categorie de servicii tipic americane, reprezintă un program de instruire individualizată şi/sau un serviciu complementar, care este furnizat peste cele 180 de zile de şcoală uzuale, pentru elevii cu dizabilităţi, incluşi în programele de educaţie specială.

În acest sens, o reglementare în vigoare a Legii Educaţiei Persoanelor cu Dizabilităţi arată că, o şcoală nu trebuie să se limiteze la acordarea de servicii de educaţie specială, furnizate numai pe durata anului şcolar, pentru că această limitare intră în contradicţie cu nevoile unice ale individului.

Pentru a respecta această prevedere legislativă, şcoala publică americană este obligată să includă această categorie de servicii destinate elevilor cu dizabilităţi în cadrul Programului educativ individualizat (PEI) al acestuia.

Scopul serviciilor care se acordă în anul şcolar extins (ESY) urmăresc, în primul rând, prevenirea regresiei rapide a deprinderilor elevilor cu dizabilităţi, formate în timpul anului şcolar pe durata întreruperii acestuia în perioada vacanţelor.

Conform principiilor educaţiei speciale americane, serviciile de tip *An şcolar extins* (ESY) trebuie furnizate în mediul cel mai puţin restrictiv.

Deosebirea esenţială constă în faptul că mediul cel mai puţin restrictiv pentru acordarea acestor servicii, nu este identic cu mediul cel mai puţin restrictiv, care se aplică pe perioada anului şcolar, aceasta deoarece pe parcursul perioadei de vară, nu sunt disponibile o serie de opţiuni valabile în timpul anului şcolar.

Modulul de servicii „An Şcolar Extins (ESY)" desfăşurat pe parcursul vacanţei de vară se stabileşte de către echipa care alcătuieşte programul educativ individualizat (PEI).

Exemplificăm, în continuare, câteva dintre activităţile incluse în cadrul acestei categorii de servicii:

- expedierea unor materiale pentru educaţie la domiciliul elevului cu dizabilităţi (ex. calculator, programe software, cărţi, fişe de lucru şi sabloane cu imagini), după care profesorul, în parteneriat cu părinţii, va evalua periodic progresele realizate de către elev în activitatea de învăţare;
- alcătuirea de programe de cooperare între mai multe şcoli;
- asigurarea de contacte periodice între profesori şi elevul cu dizabilităţi pe perioada verii, pentru a preveni regresul acestuia (ex. 4-5 întâlniri în vacanţa de vară);
- organizarea unor recapitulări intensive a materiei din planul de învăţământ cu o săptămână înainte de începerea anului şcolar;
- includerea elevului cu dizabilităţi în diverse programe, bazate pe activităţi în cadrul comunităţii (ex. activităţi de recreere în parcuri);
- furnizarea unei diversităţi de servicii educaţionale la domiciliu pentru elevii cu dizabilităţi severe.

Serviciile din categoria „Anului Şcolar Extins" sau şcoala de vară, cum mai sunt ele denumite de către profesorii şi elevii americani, reprezintă, în esenţă, un program derulat pe timpul vacanţei de vară, bazat pe curriculum-ul de educaţie general şi care se adresează atât elevilor care beneficiază de educaţie specială, cât şi celor din învăţământul obişnuit.

În afară de serviciile prezentate anterior, în sistemul de educaţie specială american, există şi planuri de intervenţie complementare, care se ataşează programului educativ individualizat, conceput pentru elevul cu dizabilităţi. Un exemplu în acest sens îl reprezintă *Planul de intervenţie asupra comportamentului (BIP)*, coordonat de către

psihologul şcolar şi prin care se urmăreşte ameliorarea tulburărilor de comportament ale elevului cu dizabilităţi, pentru a facilita accesul acestuia la serviciile de educaţie specială.

3.8. Aspecte ale proiectării unui curriculum funcţional în educaţia integrată

Începând cu anul 1970, când ministrul educaţiei de la acea dată, Sidney Marland, a declarat educaţia pentru carieră ca fiind prioritatea sistemului educaţional al SUA, asistăm la o serie de schimbări rapide la nivel de curriculum în şcoala americană, vizând o mai bună pregăire a elevilor pentru profesia viitoare şi existenţa în societate pe ansamblu.

Mişcarea *„Educaţia pentru carieră”* s-a axat pe includerea pregătirii pentru integrarea profesională ulterioară, începând de la grădiniţă până la ultima clasă de liceu. La început, au fost vizaţi numai elevii normali din şcolile publice americane.

În 1977, în urma adoptării legii privind „Stimularea educaţiei pentru carieră”, au fost menţionaţi şi elevii cu dizabilităţi, ca un grup ţintă, vizat de schimbări curriculare specifice, pentru a se asigura o mai bună integrare profesională şi socială.

Educaţia pentru carieră a oferit elevilor posibilitatea de a învăţa într-o varietate de medii mai puţin restrictive, în comparaţie cu mediul reprezentat de organizaţia şcolară.

În anul 1984, s-a declanşat în sistemul educaţional american o nouă mişcare, care continuă şi în prezent, intitulată „mişcarea de tranziţie”, focalizată la început, cu precădere, pe tranziţia de la şcoală la muncă. Este vorba de o trecere lină de la viaţa şcolară la cea profesională, atât pentru elevii normali, cât şi pentru cei cu dizabilităţi, care se realizează în mod direct sau prin intermediul unor servicii specializate din comunitate. Spre exemplu, pentru absolvenţii cu dizabilităţi au fost create servicii pe termen scurt, de reabilitare profesională, de spijin pentru angajare şi transport.

Noua mişcare de tranziţie se bazează pe realizarea unui parteneriat activ, între agenţiile de servicii pentru adulţi şi şcolile care facilitează mişcarea de la instituţia de învăţământ către muncă.

Acest tip de parteneriat constă într-un set coordonat de activităţi, care vizează instruirea profesională, angajarea în sistem protejat, independenţa individului şi participarea sa la viaţa comunităţii.

Activităţile proiectate, în acest scop, iau în consideraţie nevoile şi interesele elevului şi urmăresc formarea unui set de deprinderi şi capacităţi implicate în adaptarea optimă la cerinţele existenţei în comunitate.

La baza acestei orientări, se află un curriculum funcţional, care se orientează pe însuşirea cunoştinţelor, priceperilor şi deprinderilor, care îl pregătesc pe elev pentru viaţa de adult în societate. În cadrul acestui model de curriculum este inclusă, pe lângă pregătirea în vederea exercitării unei ocupaţii şi formarea de deprinderi şi capacităţi utile în viaţa cotidiană şi procesul de socializare.

În cazul elevilor cu dizabilităţi, aceste elemente sunt transpuse în cadrul PEI.

În acest sens, Halpern (Ramsey S.R.-2003) susţine faptul că, în cazul educaţiei speciale, formarea deprinderilor şi capacităţilor în şcoală, este util să fie realizată simultan

în cadrul comunităţii. El afirmă că un mediu instructiv, bazat pe comunitate, este mai potrivit decât cel şcolar, organizat pe clase.

Structura unui „curriculum funcţional”, în domeniul educaţiei speciale, trebuie să conţină, în viziunea specialiştilor americani contemporani, o serie de priceperi şi capacităţi necesare în viaţă, care sunt învăţate în clasă şi comunitate. Conform acestei abordări, deprinderile şi capacităţile academice, învăţate în şcoală, sunt reactualizate şi întărite în cadrul comunităţii. De exemplu, deprinderile matematice pot fi învăţate consultând balanţe, bugete contabile sau calculând sumele necesare pentru achiziţii mai importante, din categoria caselor şi maşinilor.

Cititul poate fi consolidat printr-o serie de activităţi cotidiene, cum sunt cititul unei reţete culinare sau instrucţiunile pentru diverse reparaţii casnice.

Rezultă de aici, faptul că instrucţia bazată pe aplicaţii frecvente, în cadrul comunităţii, subsumată unui curriculum funcţional, îl învaţă pe elevul cu dizabilităţi să treacă dincolo de textul din manualele şcolare, ajutându-l să înveţe o diversitate de lucruri practice, mult mai utile în viaţa cotidiană.

3.9. Avantaje şi limite ale educaţiei speciale integrate americane

În încheiere, vom sublinia, pe scurt, care sunt după opinia noastră, câteva dintre avantajele şi limitele sistemului american de educaţie specială integrată.

Dintre avantajele incontestabile ale sistemului de educaţie specială, enumerăm:

1. existenţa unei largi autonomii în adoptarea deciziilor la nivelul autorităţilor locale de învăţământ şi a şcolilor incluzive;
2. prezenţa unor reglementări clare şi precise cu privire la evaluarea şi elaborarea Programelor educative individualizate (PEI) şi alegerea serviciilor de sprijin, necesare pentru fiecare elev cu dizabilităţi în parte;
3. existenţa unei palete largi de servicii educaţionale de suport şi a unor posibilităţi flexibile de furnizare a acestora, în funcţie de nevoile concrete ale fiecărui elev cu dizabilităţi;
4. sprijinirea elevilor cu dizabilităţi prin intermediul unor tehnologii didactice avansate (ex. există câteva computere în fiecare clasă specială) şi a altor echipamente moderne adaptate;
5. proiectarea intervenţiei recuperativ terapeutice pe bază de echipe multidisciplinare, corespunzător cu cerinţele evaluate ştiinţific ale fiecărui elev;
6. realizarea unui parteneriat strâns între şcoala incluzivă şi familia elevului cu dizabilităţi, în legătură cu toate elementele componente ale procesului de educaţie specială;
7. pregătirea şi certificarea unitară a profesorilor din domeniul educaţiei speciale, în urma promovării unor examene standardizate, care atestă competenţele lor profesionale şi evaluarea lor periodică din 5 în 5 ani;
8. asigurarea unei tranziţii line, de la şcoală la viaţă, prin parcurgerea unui curriculum funcţional, care asigură elevilor cu dizabilităţi, formarea unor deprinderi şi capacităţi esenţiale pentru integrarea lor profesională şi socială în societate.

Din propriile analize precum şi din dezbaterile avute cu specialiştii americani din domeniul învăţământului integrat, a rezultat că, principalele limite ale sistemului de educaţie specială din SUA se referă la următoarele aspecte:

a. necesitatea completării unor formulare ample (ex. în cadrul Programelor educative individualizate), care se actualizează periodic sau, în cazul diverselor rapoarte, zilnic către părinţi sau alte servicii educaţionale de suport, care consumă majoritatea timpului din activitatea profesorilor de educaţie specială, transformându-i, după propria caracterizare, în „birocraţi";
b. asigurarea unor drepturi legale excesive pentru părinţi şi elevi, care duce implicit la limitarea drepturilor profesorilor, afectându-le negativ prestaţia din cadrul procesului de învăţământ, prin slăbirea autorităţii pe care o au asupra elevilor (ex. deseori atunci când un profesor sau şcoala dispune anumite sancţiuni disciplinare împotriva unui elev, părinţii acestuia ameninţă sau intentează procese în justiţie împotriva acestora, fapt care determină suspendarea oricărei măsuri pedagogice până la aflarea sentinţei);
c. proiectarea curriculară nu ţine seama, în suficientă măsură, de valorile şi de tradiţiile culturale ale unor populaţii minoritare (ex. în Carolina de Sud membrii populaţiei de culoare, reproşează autorităţilor locale din învăţământ faptul că, şcoala incluzivă se bazează pe un curriculum care avantajează performanţele şcolare ale elevilor albi).

În concluzie, sistemul de educaţie specială american este un sistem complex şi flexibil, bazat pe respectarea drepturilor fundamentale ale omului şi, în particular, ale copilului cu dizabilităţi, care, prin performanţele obţinute, poate reprezenta un model în vederea proiectării sistemului de educaţie integrată din alte ţări.

3.10. Dificultăţi şi soluţii pentru dezvoltarea educaţiei integrate din România

Model teoretic posibil pentru analizarea nivelului de dezvoltare a educaţiei integrate

Educaţia integrată poate fi privită ca un proces, cu evoluţie diferită de la o ţară la alta, început după cel de-al doilea război mondial.

Considerăm că, pentru analiza dezvoltării educaţiei integrate în România, ca şi în oricare altă ţară, este util să ne referim la modelul pe bază de cerc, elaborat de Flynn şi Nitsch, cu ajutorul căruia, autorii analizează stadiile aplicării modelului normalizării în diferite ţări ale lumii, cât şi ale oricărei inovaţii în domeniul social.

Modelul pe bază de cerc, începe cu etapele sale teoretice, care se referă la clarificarea conceptelor şi teoriilor legate de normalizare şi crearea legislaţiei corespunzătoare pentru transpunerea în practică a conceptelor odată adoptate de o comunitate ştiinţifică.

Se continuă cu etapa transpunerii modelului în practică, în cea de-a doua jumătate a cercului, în care se stabilesc resursele financiare necesare aplicării unor proiecte din domeniul educaţiei integrate, se continuă cu realizarea unor proiecte pilot, procesul încheindu-se cu extinderea experienţei pozitive dobândite prin proiectele pilot la nivelul întregii societăţi sau ţări .

„Conform lui Flynn şi Nitsch (1980), modelul normalizării este la jumătatea drumului prin cerc. Ei nu au găsit, nicăieri în lume, o aplicare în practică, pe scară largă, şi au afirmat că, în Scandinavia o mare parte din resursele financiare sunt cheltuite pe modelul instituţional" (după Gunar Stangvig - comunicare prezentată la Simpozionul EDUCAŢIE ŞI HANDICAP, Bucureşti, 4-7 Noiembrie, 1991, cu titlul „Modelul de educaţie şi îngrijire bazat pe normalizare, o elaborare multidisciplinară, bazată pe comunitate").

Paradoxul subliniat, ulterior, de autorii respectivi, în diverse studii şi articole, este acela că, după 10 ani, cercetările au arătat că situaţia nu s-a schimbat radical şi, că practic şi doar în prezent, după aproape 20 de ani, ne aflăm într-o situaţie imbunătăţită din punct de vedere al constructiei sistemului de educatie integrată într-o serie de ţări ale lumii.

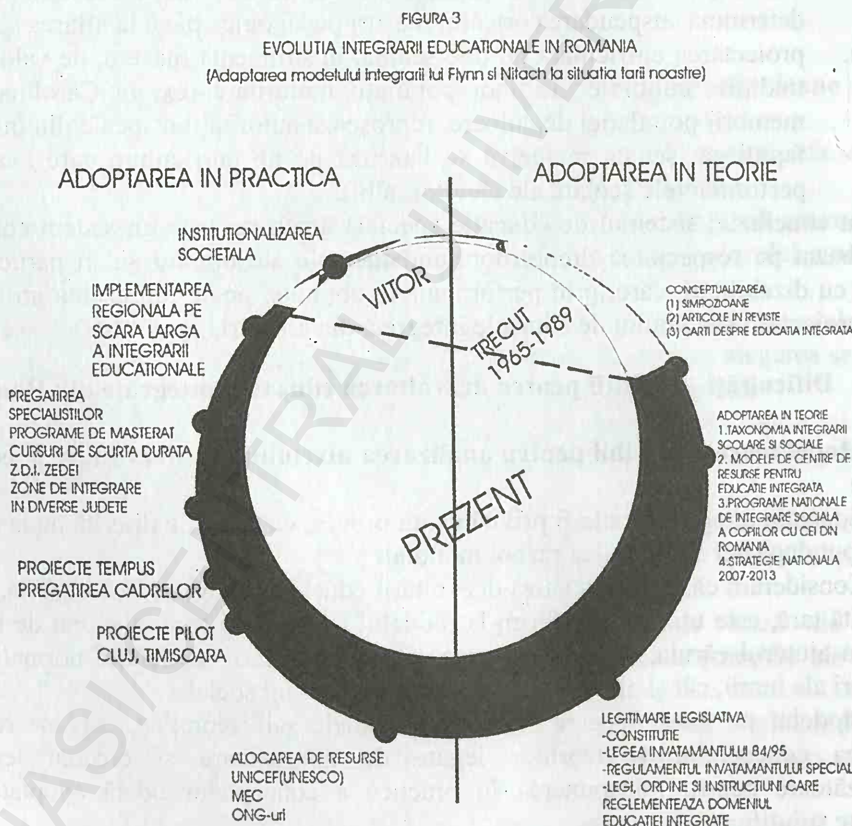


FIGURA 3
EVOLUTIA INTEGRARII EDUCATIONALE IN ROMANIA
(Adaptarea modelului integrarii lui Flynn si Nitsch la situatia tarii noastre)

Conform acestui model şi ţinând seama de experienţa altor ţări, care poate fi analizată pe baza lui, schiţăm, în continuare, câteva dintre dificultăţile aplicării sistemului de educaţie integrată în ţara noastră şi câteva soluţii posibile pentru depăşirea acestor dificultăţi.

Dintre principalele dificultăţi ale implementării sistemului de educaţie integrată, la noi în ţară, enumerăm:

1. salariile în învăţământ, mai ales pentru tinerii specialişti fără grade didactice, sunt mult inferioare celor pe care ei le primesc, adesea, în alte ţări, chiar dacă nu muncesc în specialitatea lor;
2. în condiţiile dezvoltării sistemului de educaţie integrată în toate judeţele ţării, numărul posturilor de profil, legate nemijlocit de acest tip de educaţie, este limitat, existând încă un număr insuficient de profesori de sprijin şi itineranţi, faţă de nevoile existente;
3. părinţii multora dintre copiii cu cerinţe educative speciale sunt, adesea, tentati să-şi menţină copiii în învăţământul separat, unde nu numai şcolarizarea, dar şi întreţinerea lor sunt gratuite;
4. o parte dintre cadrele didactice din învăţământul obişnuit au o atitudine nefavorabilă faţă de formele integrate de instruire, considerând că, acestea vor reprezenta pentru ele o obligaţie şi o povară în plus;
5. popularizarea formelor de educaţie integrată şi a beneficiilor reale, pe care acestea le aduc, nu se face pe căi accesibile către cei interesaţi.

În contextul celor arătate, considerăm că, principalele soluţii ale problemelor enumerate, precum şi ale altora nesemnalate aici, pot fi:

1. intensificarea efortului pentru dezvoltarea, în continuare, a formelor reale de educaţie integrată şi combaterea tendinţei de înlocuire a acestora cu forme false şi măsuri formale, cu caracter temporar;
2. perfecţionarea conţinutului şi a formelor de pregătire aprofundată a tinerilor specialişti pentru educaţie integrată şi sprijinirea forurilor competente pentru utilizarea completă şi eficientă a acestor specialişti;
3. diversificarea modalităţilor de popularizare a obiectivelor şi disponibilităţilor sistemului de educaţie integrată pentru elevii cu handicap şi cei cu alte cerinţe educative speciale;
4. adoptarea unei strategii coerente de educaţie integrată la nivel guvernamental - element realizat după anul 2000 şi aplicat cu dificultate în practică;
5. implicarea inspectoratelor şcolare judeţene în transpunerea în practică a acestei strategii, eventual prin desemnarea unui inspector de specialitate, care să răspundă efectiv, numai de acest domeniu, fără a avea alte atribuţii în subsidiar;
6. strângerea colaborării cu ONG-urile locale pentru atragerea acestora în dezvoltarea unor proiecte de anvergură din domeniul integrării şcolare şi sociale;
7. atragerea în proiectele de integrare educaţională a autorităţilor locale din domeniile asistenţei sociale, medicale şi alte domenii ale vieţii sociale;
8. schimbarea mentalităţii populaţiei privind drepturile omului, în general, a drepturilor elevilor cu handicap, în particular;
9. includerea în planurile şi programele de învăţământ superior a mai multor cursuri şi teme din domeniul de educaţie integrată;
10. organizarea de cursuri permanente pentru educaţie integrată, pentru profesorii din învăţământul de masă;

11. realizarea de conferinţe şi seminarii de educaţie integrată în cât mai multe judeţe ale ţării, nu doar acolo unde integrarea educaţională funcţionează la nivel superior;
12. continuarea activităţilor de consultanţă a experţilor străini, din ţările cu tradiţie în integrare, pentru a putea atinge standardele UE din domeniu;
13. sprijinirea ONG-urilor cu resurse financiare de la buget, în cazul în care realizează programe de integrare educaţională şi socială, după modelul scandinav;
14. atragerea, în continuare, a unor resurse financiare suplimentare, din partea ONU, UNESCO, UNICEF, BM şi UE, pe bază de programe concrete;
15. publicarea mai multor cursuri şi manuale de educaţie integrată, cu caracter practic, aplicativ, care să cuprindă soluţii la problemele cadrelor didactice implicate în procesul de integrare educaţională;
16. organizarea de cursuri pentru familiile cu copii cu nevoi speciale, în care să fie învăţate cum să-şi îngrijească copilul acasă şi să interacţioneze cu acesta;
17. realizarea unor programe de intervenţie timpurie pentru copiii cu CES, ca premisă a integrării sociale şi şcolare ulterioare;
18. pregătirea comunităţii prin activităţi de consultanţă pentru înfiinţarea serviciilor descentralizate de integrare socială, medicală şi educaţională şi altor forme de servicii de sprijin;
19. sprijinirea oricăror iniţiative locale din domeniul integrării şcolare şi sociale, prin activităţi de consultanţă de specialitate, efectuate de specialiştii din universităţi şi serviciile educaţionale de suport, recent create în ţara noastră;
20. transpunerea mai rapidă, în practică, a sintagmei „societate pentru toţi", prin adoptarea unor măsuri din toate domeniile vieţii economico-sociale, care să angreneze toate autorităţile de la nivel central şi mai ales local.

Apreciem că, în prezent, ţara noastră se află la începuturile aplicării modelului integrării educaţionale şi sociale pe scară largă.

În concluzie, considerăm că, succesul procesului integrării depinde, în mare măsură, de menţinerea acumulărilor anterioare şi de aplicarea unei strategii coerente, finanţată de la nivelul autorităţilor din învăţământ, în colaborare cu organizaţiile neguvernamentale locale şi internaţionale, incluzând aici şi Programele Uniunii Europene.

3.11. Consideraţii asupra funcţiilor instituţiilor de învăţământ special româneşti în etapa actuală

Prezentăm, în acest subcapitol, o serie de argumente privind necesitatea reformării sistemului de învăţământ special şi dezvoltarea, în paralel, a unui sistem de educaţie integrată, pornindu-se de la necesitatea menţinerii şcolilor speciale în etapa actuală şi atribuirea acestora de noi funcţii şi roluri prin transformarea lor în centre de resurse pentru educaţia integrată.

În sprijinul poziţiei noastre prezentăm următoarele categorii de argumente din câteva domenii:

1. domeniul legal organizatoric;
2. domeniul psihopedagogic;

3. domeniul pregătirii specialiştilor şi a altor membri ai comunităţii;
4. domeniul financiar.

1. Argumente legal organizatorice:

- În totalitatea ţărilor dezvoltate ale lumii (Uniunea Europeană şi S.U.A.) coexistă, în paralel, instituţii de învăţământ special separate de şcolile incluzive;
- Rezultatele cercetărilor realizate în ţările cu tradiţie, în domeniul educaţiei integrate, au demonstrat faptul că integrarea educaţională duce la rezultate pozitive, în special în cazul elevilor cu handicapuri uşoare (handicap mintal uşor, hipoacuzie sau ambliopie etc.);
- Educarea elevilor cu handicapuri severe profunde sau polihandicapuri se realizează, în continuare, în instituţii speciale, separate, de mici dimensiuni, de tip rezidenţial comunitar, reprezentând singura alternativă care satisface interesele superioare ale copilului, conform Convenţiei pentru Drepturile Copilului, art. 3 şi 23;
- Documentele internaţionale, cum ar fi, spre exemplu, „Regulile standard privind egalizarea şanselor persoanelor cu handicap", adoptate prin Rezoluţia O.N.U. 48/96 din 20 decembrie 1993, recomandă la rândul lor, în cadrul Regulii 6, faptul că educaţia persoanelor cu handicap senzorial este mai portivit să se realizeze în şcolile speciale datorită necesităţilor specifice de comunicare ale acestora;
- Într-o serie de ţări cu tradiţie în integrare, membre ale U.E., cum sunt, spre exemplu, ţările scandinave, în urma aplicării acestui sistem, din cauza dificultăţilor întâmpinate în cadrul procesului de integrare educaţională s-a ajuns, în prezent, la creşterea numărului de elevi cu handicapuri redirecţionaţi către şcolile speciale (ex.: în Danemarca, după statisticile oficiale, existau în 1985, în şcolile speciale 2034 de elevi cu handicapuri, iar în 1998 numărul acestora ajunsese la 3538 de elevi cu handicap, în condiţiile unei creşteri minime a natalităţii);
- Anumite ţări membre ale U.E. îşi dezvoltă şi în prezent o reţea diversă şi complexă de şcoli speciale, demonstrând, astfel, utilitatea şi necesitatea acestora (spre exemplu, în Olanda, educaţia specială se asigură, cu precădere, în şcoli speciale aflate în creştere numerică);
- Majoritatea ţărilor membre ale U.E., care experimentează sisteme instituţionale bazate pe educaţie integrată, şi-au menţinut o parte din şcolile speciale pentru recuperarea şi educarea elevilor cu handicap, acestea funcţionând simultan în calitate de centre de resurse pentru educaţie specială;
- Schimbările care au avut loc la nivelul învăţământului special din ţările membre ale U.E. au vizat, cu precădere, şcolile speciale prin transformarea acestora în instituţii de mici dimensiuni pentru a le oferi condiţii de existenţă cât mai apropiate, posibil, de cele din familie;

- În Europa, conducerea, planificarea și organizarea învățământului special este realizată de Ministerul Educației din țările respective; nu sunt permise imixtiunile altor organisme cu misiuni de protecție socială în problemele educației speciale;
- Conform Declarației de la Salamanca, document UNESCO – 1994 (cap. I, art.9) în țările care „posedă un sistem de școli speciale foarte bine pus la punct" (ca în cazul României), acestea sunt indicate pentru a continua să furnizeze cea mai potrivită educație pentru copii care nu pot fi incluși în clasele obișnuite ale școlilor incluzive; rezultă că, în această viziune, școlile speciale sunt considerate o resursă valoroasă pentru dezvoltarea școlilor incluzive; în acest sens, școlile speciale pot servi drept centre de instruire și resurse de personal pentru școlile obișnuite, iar profesorii de sprijin, care lucrează în școlile incluzive, este indicat să fie angajații acestor centre;
- Prioritatea absolută din domeniul educației speciale din țara noastră o reprezintă identificarea copiilor cu handicap, care nu participă la nici un fel de alternativă educațională, nefiind înscriși nici în școlile obișnuite nici în cele speciale (conform datelor deținute de noi, aceștia reprezintă un grup semnificativ din populația școlară din prezent).

În concluzie, apreciem că specialiștii din U.E. nu reproșează României existența școlilor speciale, ci mai ales lentoarea cu care școlile obișnuite se transformă în școli incluzive, pentru a răspunde, corespunzător, nevoilor copiilor cu handicap, identificați, cu precădere, în localitățile unde nu există instituții de învățământ special sau în care majoritari sunt elevii cu handicapuri ușoare a căror integrare educațională este mai facilă.

2. Argumentele psihopedagogice pentru menținerea unor structuri organizaționale ale învățământului special, distincte, de mai mici dimensiuni și mult mai flexibile și deschise către alte organizații școlare și comunitate, în general, sunt în esență aceleași cu cele prezentate anterior, la paragraful 1.16. Avantaje și limite ale integrării și normalizării pentru domeniul educației speciale.
3. Argumente din domeniul necesității pregătirii specialiștilor și a altor categorii de persoane se referea la următoarele aspecte :

- În primul rând, implementarea unui sistem de educație integrată performant, necesită un număr mai mare de specialiști temeinic pregătiți în acest domeniu;
- Pentru aceasta este necesară, în primul rând, pregătirea majorității cadrelor didactice din școala obișnuită în domeniul didacticii, activităților cu elevi cu handicap;
- Este necesară pregătirea mai multor specialiști psihopedagogi în domeniul educației integrate pentru a putea deveni consultanți sau profesori itineranți pentru școlile obișnuite sau familiilor elevilor cu handicapuri (această activitate se realizează în prezent doar prin programe de masterat în principalele universități românești, ritmul de pregătire al specialiștilor fiind încă total insuficient față de nevoi);

- Este necesară pregătirea unui număr ridicat de profesori de sprijin şi itineranţi pentru cadrele didactice din şcolile obişnuite, care au integraţi copii cu handicap în clasele lor;
- Se impune formarea altor categorii de specialişti, cum ar fi, spre exemplu, terapeuţii ocupaţionali, pentru care nu deţinem, în prezent, forme de pregătire suficiente la nivel superior;
- Este necesară pregătirea familiilor elevilor normali şi cu handicap, prin cursuri de scurtă durată, pentru a preveni reacţia de respingere care apare frecvent în procesul de integrare educaţională;
- În acelaşi timp menţionăm că o serie de documente internaţionale (de ex. Declaraţia de la Salamanca) apreciază în mod deosebit importanţa activităţii personalului din şcolile speciale, deoarece acesta sprijină şcolile obişnuite, în vederea adaptării programelor şcolare şi a metodelor didactice în funcţie de nevoile individuale ale elevilor cu handicap, determinând dezvoltarea eficienţei procesului de învăţământ.

4. Argumente de ordin financiar

- Deoarece integrarea educaţională înseamnă „asigurarea serviciilor de învăţământ obişnuit", rezultă că, cu cât va creşte numărul de astfel de servicii din învăţământul obişnuit, vor creşte proporţional şi costurile necesare susţinerii acestora;
- Multiplicarea aparaturii şi tehnologiilor didactice la nivelul fiecărei şcoli obişnuite, care va deservi un grup restrâns de elevi cu handicap, va solicita un efort financiar mai mare;
- Deoarece integrarea educaţională solicită un număr mai mare de specialişti, comparativ cu sistemul bazat pe şcoli speciale, va creşte proporţional şi volumul cheltuielilor pentru salariile specialiştilor;
- Va creşte, de asemenea, nivelul investiţiilor necesare pentru cabinete individuale, săli de recuperare, dotări cu echipamente şi modificări arhitecturale, care vor trebui realizate la nivelul fiecărei şcoli incluzive în parte;
- Nici o ţară din lume nu a putut realiza acest efort financiar dintr-o dată, fiind vorba de un proces gradual de lungă durată, cu bugete judicios repartizate, care continuă şi în prezent (spre exemplu, construirea sistemului de educaţie integrată a fost început în Suedia în anii '50, iar în SUA în anii '70 şi încă nu a fost încheiat nici până în prezent;
- În sfârşit, în Declaraţia de la Salamanca – UNESCO/1994 - se vorbeşte, în continuare, despre „investiţiile în şcolile speciale existente", în vederea creşterii rolului acestora în domeniul consultanţei de specialitate pentru şcolile obişnuite.

Concluzii

Ţinând seama de argumentele prezentate, apreciem că, în etapa actuala în care se află ţara noastră, este necesară menţinerea şi diversificarea rolului instituţiilor

învăţământului special, în paralel cu reformarea lor organizaţională şi construirea, în paralel, a unui sistem de educaţie integrată, bazat pe creşterea numerică a şcolilor incluzive în toate regiunile ţării, atât în mediul urban, cât şi în cel rural.

Apreciem că modelul de integrare cel mai potrivit pentru demararea acestui proiect în România ar fi fost modelul *cooperării între şcolile speciale cu cele obişnuite*.

Acesta reprezintă un model apreciat de experţii internaţionali ca fiind cel mai potrivit pentru ţările fără tradiţii în domeniul educaţiei integrate, cum este, parţial, şi cazul ţării noastre.

În esenţă, conform acestui model, elevii cu handicapuri desfăşoară anumite activităţi şcolare şi extraşcolare, împreună cu elevii şcolilor obişnuite din aceeaşi arie geografică, aşa cum am arătat anterior în cuprinsul acestui capitol.

Modelul are valenţe pozitive, vizând integrarea socială şi educaţională a elevilor cu handicap, pornindu-se de la situaţia existentă.

Şcolile speciale se transformă, în acest mod, treptat, în centre de resurse şi consultanţă pentru şcoala obişnuită, iar elevii cu handicap încep să se integreze cu succes în comunitate. Simultan, se preconizează reducerea efectivelor de elevi din şcoala specială, până când aceasta devine şcoală rezidenţială, de mici dimensiuni, care oferă elevilor un mediu de viaţă prietenos, foarte apropiat de cel oferit acestora în familie.

În acest mod, şcolile speciale pot atrage şi copii cu handicap sever şi polihandicap, putând oferi şi servicii caracteristice centrelor de zi. În paralel, elevii cu handicapuri uşoare, în funcţie de resursele disponibile, vor putea fi reorientaţi, treptat, către clase speciale organizate în cadrul şcolilor obişnuite.

Ţara noastră a sărit, însă, peste acest model şi a optat pentru o integrare educaţională mai avansată prin organizarea de clase şi grupe de elevi cu handicap sau chiar integrarea individuală a elevilor cu handicap în şcoli incluzive. Această strategie pentru a deveni eficientă necesită dezvoltatrea accelerată a unei largi palete de servicii de sprijin, element greu de realizat în timp scurt, fapt care constituie dezavantajul major al acestui model de acţiune, insuficient pregătit din vreme.

In acelasi timp, scolile speciale s-au transformat într-un număr însemnat de Centre şcolare pentru educaţie incluzivă, fără insă a-şi putea exercita, în totalitate, atribuţiile ce le revin, conform legislaţiei create în acest scop.

Pentru a atinge o eficienţă maximă, integrarea educaţională a copiilor cu handicap trebuie începută încă din perioada preşcolarităţii, de la nivelul grădiniţei. De aceea, nu este indicată reorientarea către şcoala obişnuită a elevilor de vârste mai avansate, mai ales a celor de la nivelul claselor V-VIII.

De asemenea, este absolut necesară, pentru reuşita procesului de integrare, ca evaluarea psihopedagogică a copiilor să se realizeze pe baza unei metodologii complexe, unitare şi standardizate. Este un proces îndelungat şi costisitor, deoarece reclamă construirea unor servicii adecvate de suport la nivelul fiecărei comunităţi locale.

Numai după generalizarea acestor sisteme instituţionale la nivelul întregii ţări este indicat să se treacă la modele de educaţie integrate, superioare (construite de ţările dezvoltate în zeci de ani, cu numeroase reculuri).

Apreciem, ţinând cont de cercetările şi experienţa internaţională din domeniu (sintetizată în studiile UNESCO), că şi pe termen lung va trebui menţinut un număr

semnificativ de şcoli speciale, sub forma de CENTRE DE RESURSE PENTRU EDUCAŢIA INTEGRATĂ , cum prevede şi legislaţia actuală din ţara noastră.

În concluzie, experienţa dobândită pe plan internaţional, în legătură cu acest proces, ne permite să afirmăm că, din punct de vedere ştiinţific, procesul de integrare educaţională are anumite limite şi, de aceea, trebuie aplicat treptat şi cu discernământ.

4. PERSPECTIVE ŞI LIMITE ÎN INTEGRAREA ŞI INCLUZIUNEA ŞCOLARĂ

Acest subcapitol se doreşte a fi o deschidere şi o punere de probleme pentru psihopedagogia integrării şcolare şi sociale a elevilor cu grade şi tipuri diferite de deficienţă, reflectând, în acelaşi timp, etapele traversate de concepţiile ştiinţifice adiacente şi stadiile practic-acţionale ale situaţiei prezente. Pentru a demonstra variabilitatea în timp a ideilor noastre, cu privire la controversata problemă a integrării, ne permitem să reproducem aproximativ integral un studiu pe care l-am elaborat încă din 1992 şi apărut în Revista de educaţie specială, nr.1, sub titlul „Psihopedagogia integrării şi normalizării", iar la finalul acestuia vom face unele comentarii din perspectiva actuală. Nu vom intra în alte detalii legate de definiţii, conceptualizări, clasificări, manifestări, efectele practice ale integrării, deoarece ele sunt analizate în celelalte subcapitole ale capitolului elaboratede către Doru Vlad.Popovici.

Prin urmare, cadrul în care se desfăşoară analiza noastră nu vizează o discuţie propriu-zisă asupra celor două concepte, de integrare şi normalizare. În schimb, vom încerca să descifrăm sensul lor în condiţiile contemporane date şi să subliniem implicaţiile practice şi teoretice ce transpar din adoptarea unei atitudini sau a alteia. Astfel, analizând evoluţia sistemului de organizare a educaţiei speciale pentru handicapaţi, în lume şi la noi, constatăm existenţa unor nuanţe cu semnificaţii diferite, atât cu privire la sistemul de organizare a învăţământului special, al condiţiilor economico-sociale existente, cât şi al concepţiilor specialiştilor din domeniul psihopedagogiei speciale. Dacă în majoritatea ţărilor puternic dezvoltate, cum sunt Franţa, SUA, Belgia, Elveţia, Ţările Scandinave, la începutul secolului trecut existau clase şi şcoli pentru handicapaţi cu deficit lejer, iar în jurul anilor 50 ai secolului anterior s-a trecut la instituţionalizarea copiilor cu handicap moderat şi sever, în ţara noastră, situaţia a fost parţial diferită, dat fiind faptul că la începutul secolului au apărut aşa numitele „institute medico-pedagogice" pentru copiii cu handicap sever; în special mintal, iar, ulterior, după anul 1950, se dezvoltă reţeaua de şcoli ajutătoare pentru copiii cu deficienţă mintală moderată şi lejeră. În aceeaşi perioadă, o astfel de organizare s-a extins şi pentru alte categorii de deficienţi.

Problema care s-a pus încă de la început a fost aceea a specificului metodologiei recuperative şi a adaptării unui conţinut de perspectivă în organizarea educaţiei speciale care să ţină seama, în egală măsură, de potenţialul psihic al persoanelor deficiente şi de perspectiva încadrării lor socio-profesionale. Din această perspectivă a rezultat ideea de integrare, ce s-a constituit într-un concept de bază al recuperării, reabilitării, instrucţiei şi specializării pentru a asigura o inserţie social-profesională a subiecţilor respectivi cât mai apropiată de cea a normalilor. Specialiştii români, cercetătorii, cadre didactice din reţeaua

învăţământului special, au avut în vedere faptul că orice subiect cu dizabilităţi trebuie să fie astfel pregătit încât să dobândească o abilitate fizică şi psihică, care să-i permită să exercite unele profesiuni şi să dezvolte comportamente ce facilitează adaptarea la condiţiile concrete ale societăţii. În vederea realizării acestor deziderate, accentul principal este centrat pe pregătirea şi formarea elevului în şcoala specială, unde se dobândesc abilităţi intelective, în care operaţiile instrumentale devin condiţie şi modalităţi de stimulare a potenţialului psihic restant şi se formează, totodată, comportamente relativ asemănătoare cu cele ale normalului şi în care adaptarea la mediul înconjurător semnifică elaborarea unor constructe personale ce previn marginalizarea şi îndeplinirea unor roluri potenţiale şi de perspectivă.

La noi a fost obţinută deja o serie de rezultate pozitive, din acest punct de vedere, iar sistemul învăţământului special, prin efortul specialiştilor din universităţi, al cercetătorilor, al cadrelor didactice implicate în sistemul recuperativ au dus la rezultate de necontestat în ceea ce priveşte aspectele informative şi formative în pregătirea elevilor pentru viaţa socială. Cu toate dificultăţile pe care le-am avut, cercetarea ştiinţifică fundamentală şi aplicată s-a desfăşurat neîntrerupt (dovadă fiind publicarea unor materiale în diverse reviste de specialitate, organizarea unor simpozioane de înaltă ţinută ştiinţifică, chiar în interiorul şcolilor speciale, elaborarea unor volume ce au valorificat experienţa din domeniu, apărute la Universitatea din Bucureşti sau la Editura Didactică şi Pedagogică), iar în învăţământul special propriu-zis au fost aplicate idei moderne de recuperare, instrucţie şi educaţie, care au contribuit la pregătirea subiecţilor din perspectiva cerinţelor socio-profesionale. Dovada o constituie numărul mare al absolvenţilor acestor şcoli care s-au integrat deplin în viaţa socială, inclusiv în activitatea productivă.

Concepţia românească cu privire la integrare a inclus, prioritar, ideea de recuperare, instrucţie şi educaţie, care să valorifice maximal potenţialul psiho-fizic al copiilor cu dizabilităţi şi să-i pregătească pe aceştia pentru o inserţie social-profesională deplină. Dar prin aceasta nu am înţeles nici dizolvarea învăţământului special în învăţământul de masă şi nici asimilarea în interiorul acestuia a unor copii care să dea o coloratură de „normalizare". Poate, tocmai de aceea învăţământul special de la noi a fost ferit de fluctuaţii conjuncturale şi a avut, întotdeauna, o dezvoltare progresivă, concretizată în caracterul ştiinţific al metodologiei educaţional-recuperative şi a dobândirii de comportamente (cognitive, afective, motivaţionale, verbale, acţionale) pe măsura posibilităţilor psihoindividuale ale subiecţilor respectivi. Chiar şi etichetarea handicapaţilor în recuperabili, semi-recuperabili şi irecuperabili (aspect ce s-a referit, în special, la deficienţii de intelect) a fost făcută din perspectiva dobândirii, de către aceştia, a operaţiilor instrumentale, fapt neglijat, deseori, în alte ţări. Noi nu am departajat astfel de achiziţii din cele practice, dar nici nu le-am neglijat pe acestea din urmă. Este adevărat că, având condiţii materiale precare, s-a insistat mai mult pe formarea abilităţilor practice în şcolile profesionale şi în alte diferite ateliere, mai mult sau mai puţin protejate. Fără îndoială, s-a impus şi se impune, şi în prezent, o schimbare de atitudine faţă de persoanele handicapate care poate contribui, în mai mare măsură, la structurarea concepţiei generale integraţioniste. Şi trebuie arătat că în ultimii doi ani au fost obţinute unele rezultate pozitive. *Dar, prin aceasta, nu putem subscrie la desfiinţarea structurilor actuale ale învăţământului special, atâta timp cât nu avem cadrul organizaţional care să-l*

înlocuiască şi care să conducă la modalităţi mai eficiente de formare şi pregătire a persoanelor respective. Avem în vedere condiţiile concrete din ţara noastră, social-economice şi sistemul metodologic propriu învăţământului special ca şi personalul implicat în procesul recuperativ-educaţional.

Ideea de „normalizare", apărută în ultimele decenii într-o serie de ţări şi, în special, în ţările scandinave este, fără îndoială, nobilă, dar irealizabilă în condiţiile concrete ale ţării noastre. Ideea de normalizare se bazează, în primul rând, pe egalitatea în drepturi a subiecţilor cu dizabilităţi la educaţie, având ca punct de plecare conceptul de egalizare a şanselor în competiţia cu copiii normali, dar, adeseori, se neglijează aspectele concrete, sub care se poate realiza această egalizare. În perspectiva relaţiei dintre integrare şi normalizare, se pune în discuţie oportunitatea organizării separate a învăţământului special sau chiar a unor clase diferenţiate pentru handicapaţi, înglobate în şcoala de masă şi posibilităţile de pregătire a acestora în interiorul învăţământului obişnuit. Nu este lipsit de importanţă să medităm asupra argumentelor pro şi contra ce se vehiculează, în prezent, în literatura psihopedagogică în legătură cu aceste variante. De aici, se desprind două direcţii de bază: prima afirmă necesitatea învăţământului special separat, iar a adoua postulează un învăţământ fără segregare, integrat sub o formă sau alta în structurile obişnuite ale învăţământului de masă.

Printre argumentele ce le aduc adepţii învăţământului special separat, la care le adăugăm şi pe ale noastre, sunt următoarele:

- pregătirea şi recuperarea copiilor handicapaţi în instituţii speciale permite aplicarea unui program specializat în funcţie de categoria handicapului şi de nivelul vârstei cronologice şi mintale, existând posibilitatea integrării ulterioare în mediul socio-profesional;
- o adevărată omogenizare a grupelor de lucru, fie şi parţială, se poate realiza mai bine în învăţământul separat, în raport de care se aplică metodologii adaptate;
- numai învăţământul special poate funcţiona cu clase ce au un efectiv restrâns de elevi, fapt ce permite organizarea activităţii în funcţie de particularităţile psihoindividuale ale copilului;
- învăţământul special din ţara noastră dispune de o serie de cadre specializate, fie prin profilul pregătirii lor universitare, fie prin dobândirea unei experienţe în activitatea practică desfăşurată cu copiii handicapaţi;
- integraţi în învăţământul obişnuit, alături de normali, copiii deficienţi constituie ţinta unor atitudini negative din partea colegilor normali, ceea ce determină o autoizolare a lor din ce în ce mai accentuată;
- într-o clasă unde există 2-3 copii cu dizabilităţi, aceştia vor fi neglijaţi de către cadrele didactice deoarece acestea nu au la dispoziţie timpul necesar pentru a se ocupa de ei în mod diferenţiat şi nu dispun de pregătirea necesară pentru a le stimula activitatea;
- chiar în ţările în care se practică sistemul bazat pe normalizare, copiii handicapaţi frecventează şcoala de masă circa 2-3 ore zilnic, după care fiecare dintre ei desfăşoară o activitate suplimentară individuală, ajutat fiind de un psihopedagog abilitat în domeniu, de o asistentă medicală,

de o educatoare etc. Astfel, de fiecare copil cu deficienţă de intelect se ocupă 3-4 specialişti ceea ce, în condiţiile ţării noastre, este neeconomic, practic ineficient şi, cel puţin în etapa actuală, imposibil;
- dacă admitem că într-o clasă obişnuită s-ar afla 1-2 elevi cu deficienţă de vedere, de auz, de intelect, la aceştia sistemul instructiv-educativ trebuie să vizeze ori o metodologie specifică pentru demutizare, ori o instruire în sistemul braille etc, ceea ce este o utopie, în asemenea condiţii;
- totuşi condiţiile „normalizării" sunt îndeplinite în cazul celor cu tulburări de limbaj care frecventează şcolile normale, al deficienţilor motor, al celor cu nevoi speciale reduse, pentru care un astfel de sistem de organizare le permite, ca în afara orelor de clasă, să urmeze ambulatoriu un program special de terapie complexă cu specialişti abilitaţi în domeniu.

Cea de-a doua direcţie, bazată pe ideea „normalizării", aduce în discuţie următoarele argumente:
- programele sau medologiile specializate, aplicate în învăţământul special, ar fi o reluare simplificată a celor din învăţământul obişnuit;
- în activitatea cu elevi deficienţi autentici omogenizarea deplină nu este posibilă dată fiind diversitatea structurilor psihofizice ale subiecţilor;
- datorită unor solicitări reduse, cadrele didactice devin, cu timpul, dezinteresate de specialitatea lor;
- prin modul de organizare a învăţământului special, se ajunge la izolarea elevilor de mediul obişnuit şi de contactul nemijlocit cu lumea normalilor;
- integrarea în şcolile de masă, alături de normali, stimulează performanţele şcolare ale elevilor cu deficienţe de învăţare ca urmare a contactului cu expectaţiile superioare existente în condiţiile obişnuite;
- prin includerea acestor elevi în şcolile obişnuite se ajunge mai uşor la înţelegerea lor de către normali, la acceptarea şi protejarea lor chiar în grupurile sociale obişnuite.

Asemenea argumente pro şi contra se pot aduce în continuare, dar ele nu vor avea o valoare reală, dacă nu se ţine seama de condiţiile concrete din ţara respectivă şi de experienţa acumulată în activităţi desfăşurate în instituţiile speciale pentru copiii cu dizabilităţi. Din nefericire, entuziasmul actual, care se manifestă pentru ideea de „integrare", mai mult sau mai puţin totală, nu se bazează pe o cercetare pertinentă sau pe cercetări comparative, pe baza cărora să se realizeze evaluări ale rezultatelor obţinute într-un caz sau în altul. *Dacă aderăm în totalitate la ideea integrării, în sens de socializare, de pregătire temeinică a copiilor defavorizaţi pentru inserţia socio-profesională, idee care are transparenţă atât în lucrările noastre, cât şi în lucrările majorităţii autorilor români – nu putem subscrie, în egală măsură, la ideea dizolvării totale a învăţământului special în structurile învăţământului de masă.* Pentru a lua în consideraţie desfiinţarea învăţământului special, ar trebui, cel puţin, să se producă o schimbare radicală a atitudinii societăţii faţă de handicapaţi (şi aici mai avem multe de făcut) şi să beneficiem de condiţii materiale şi spirituale care să conducă la un nivel de dotare superioară a învăţământului şi

de pregătire complexă în domeniul psihopedagogiei, a cadrelor care urmează să defăşoare activităţile individuale, mai ales cu acei copii care au nevoi speciale sporite.

Atâta timp cât în ţara noastră nu dispunem de asemenea condiţii de formare şi organizatorice mai bune şi cât recunoaştem că învăţământul special, cu toate greutăţile inerente, a contribuit substanţial la recuperarea şi redarea societăţii a multor copii handicapaţi ce s-au integrat, apoi, eficient în viaţa socială şi muncesc alături de ceilalţi oameni, considerăm că ar fi o eroare desfiinţarea sistemului de învăţământ special. În acelaşi timp, remarcăm că defectologii, psihologii şi alţi specialişti din instituţiile speciale nu numai că nu au devenit mai puţin interesaţi de pregătirea lor, ci, dimpotrivă, au continuat o perfecţionare la cotele cele mai înalte, fapt concretizat în rezultatele obţinute la cursurile de reciclare, în activitatea nemijlocită cu subiecţii handicapaţi, precum şi în elaborarea unor lucrări publicate şi a numeroase comunicări cu adevărată ţinută ştiinţifică.

Ca atare, se impune ca experienţa altor ţări, mai cu seamă cea privitoare la ideea „normalizării" şi integrării să fie luată în consideraţie dar să analizăm în ce măsură şi pentru ce categorii de persoane poate fi aplicată în condiţiile actuale din ţara noastră. Oricum, numai de dragul „modernizării" nu se pot adopta forme ce nu se potrivesc într-un context dat şi nu le putem înlocui pe cele existente până nu avem altele mai bune. Aceasta nu înseamnă, nici pe departe, că respingem de facto o idee; este necesar să încercăm să adoptăm o formă de integrare, concretizată la situaţia din ţara noastră şi care să servească interesele subiecţilor handicapaţi în vederea unei adaptări cât mai apropiate de viaţa normalilor.

Din această perspectivă, ni se pare edificatoare şi experienţa descrisă de *Thomas Wais* (L'enfant différent, 1989) care, fără să renunţe la ideea unui învăţământ special argumentează că integrarea copilului handicapat şi dezvoltarea unor comportamente care să-i permită o relaţionare adecvată cu normalii se poate realiza printr-o colaborare strânsă a şcolii cu familia, iar în cazul adulţilor, prin colaborarea cu comunităţile din care aceştia fac parte, cu toate persoanele normale ce pot contribui la crearea unui mediu securizant pentru handicapaţi. De asemenea, împărtăşim punctul de vedere exprimat de *Jean L. Lambert* (Enseignement spécial et handicap mental, 1986) care susţine că niciunul dintre argumentele pro sau contra învăţământului separat sau integrat pentru handicapaţi nu se bazează pe o cercetare ştiinţifică, ci doar pe afirmaţii teoretice şi pe încercări de generalizare a experienţei practice.

Pe bună dreptate se afirmă, în multe lucrări, că modul în care se realizează integrarea persoanelor deficiente depinde de nivelul recuperării acestora, de pregătirea unor abilităţi socio-profesionale, de organizarea unor activităţi în instituţiile respective, care să creeze un confort psihic adecvat, de obişnuire a subiecţilor cu contactul direct cu lumea normalilor (prin joc, petrecerea timpului liber, vizite etc.), de transmitere a unei experienţe cu caracter informativ-formativ, care să permită formarea de motivaţii şi aspiraţii apropiate de ale normalilor, de conceperea întregului sistem instructiv-educativ care să facă din toate activităţile ce se derulează în unităţile speciale modalităţi stimulative pentru *transparenţa* la lumea obişnuită.

În prezent, putem face câteva precizări raportate la stadiul actual al integrării şcolare a copiilor cu deficienţe şi cerinţe educaţionale speciale. Astfel, în ţara noastră, după 1989 a avut loc o acţiune concentrată de integrare a copiilor din învăţământul special în şcolile de masă şi orientarea spre această formă, din urmă, a celor mai mulţi

copii cu dizabilităţi ceea ce a determinat restrângerea numărului de elevi din învăţământul special şi chiar lichidarea unor şcoli de acest tip. Efectele acestui proces complex încă nu a fost evaluat în mod riguros, dar se cunoaşte faptul că impactul demersului respectiv s-a soldat cu multe eşecuri. Nu toţi copiii cu dizabilităţi au reuşit să se integreze în şcolile normale (de masă); au fost înregistrate abandonuri şcolare, neadaptări la regimul şcolilor de masă, eşecuri repetate vis-a-vis de programa şcolară etc., deşi au fost înfiinţate unele posturi de profesori de sprijin şi itineranţi; acestea sunt insuficiente pentru numărul mare de elevi cu dizabilităţi şi integraţi în învăţământul de masă, iar metodologia educaţional-recuperativă specializată şi adaptată la tipul de deficienţă s-a dovedit că nu poate fi aplicată eficient în afara unui cadru organizat şi dirijat pe etapele dezvoltării copilului aflat în dificultate.

Noi am precizat în repetate rânduri că integrarea trebuie să vizeze, prioritar, pe acei copii cu deficienţe uşoare şi moderate, dar şi aici trebuie avut în vedere tipul de deficienţă, nivelul de pregătire a cadrelor didactice pentru a putea aplica o metodologie educaţional-instructivă adaptată la deficienţa subiectului (vezi metodologia demutizării, în cadrul deprivării de auz, metodologia instruirii în braille, pentru deficienţii de văz etc.) şi, nu în ultimul rând, dezvoltarea atitudinilor de înţelegere şi acceptare a acestor copii cu dizabilităţi de către cadrele didactice şi chiar de către colegii lor normali. La acestea am adăuga şi condiţiile materiale şi de adaptarea spaţiului şcolar la structura caracteristicilor şi potenţialului psihic al subiecţilor implicaţi în integrare.

Tendinţa care s-a manifestat la nivel oficial şi chiar a unor specialişti a fost aceea de a prelua, fără a ţine seama de aspectele de mai sus, a experienţelor din ţările avansate pe acest plan şi care nu au fost totdeauna benefice pentru copiii cu deficienţă de învăţare.

Ca atare, integrarea copiilor cu deficienţe şi cerinţe educaţionale speciale în colectivităţile copiilor normali trebuie continuată în paralel cu dezvoltarea unui cadru adecvat, subliniat mai sus, care să asigure, în mod real, o opţiune pe direcţia egalităţii de şanse. Astfel, nu facem altceva decât să forţăm nişte uşi pe care nu le putem deschide, iar copilul rămâne dezorientat în faţa unui sistem pe care nu îl înţelege şi nu îl poate asimila. Pe de ală parte, învăţământul special îşi găseşte rosturile sale şi în viitor pentru acei elevi care, dintr-un motiv sau altul, nu pot fi integraţi în învăţământul de masă, dar şi pentru cei pentru care specialiştii recomandă forma specială de învăţământ în interesul copilului şi al părintelui.

BIBLIOGRAFIE

AINSCOW, M., 1991, *Effective school for all,* David Fulton Publishers, London.

AINSCOW, M., 1994, *Special needs in the classroom, A teacher Education Guide,* J. Kingsley Publishers, UNESCO.

AINSCOW, M., 1999, *Understanding the development of inclusive schools,* Falmer Press, Londra.

BABA, L., BORCA, L., RUNCEANU, L., VRĂSMAŞ, E., 2009, *Parteneriat pentru educatia incluzivă – raport,* Edit. Corint, Bucuresti.

BALLA, D.A., CORNICK, MC.M., ZIEGLER, E., 1975, „Resident care practices in institutions for retarded persons across-Institutional class cultural studies", *American Journal of Mental Deficiency*, nr.1.

BAINE, D., 1991, *Handicapped children in developing countries; assessment, curriculum and instruction,* University of Alberta, Edmonton.

BASILE-JACKSON, J.,1982, *The exceptional child in the regular classroom,* Augusta Ca. East Georgia Center, Georgia Learning Ressources System, USA.

BAUER, A.M., SHEA, T.M., 1989, *Teaching exceptional students in your classroom,* Boston, Allyn and Bacon, USA.

BISMARCK – NORTH DAKOTA DEPARTMENT OF PUBLIC INSTRICTION, 2000, *Serviciile ESY pentru elevii cu dizabilităţi.*

BRIGANCE, H.A., 1983, *Comprehensive inventory of basic skills*, Curriculum Associates Inc. USA.

BRUCKERT, J.P.,1984, *Langaje et le milieu social chez l'enfant ; deficit ou difference ?*, Edition du Centre National de la Recherche Scientifique, Paris.

BUICĂ, C., 2004, *Bazele defectologiei,* Edit. Aramis, Bucureşti.

BUCINSCHI, C., 2003, „Alternative pentru persoanele cu handicap", capitol în volumul *Rolul asistentului personal în sistemul de protecţie a persoanelor cu handicap,* Paulian Sima (coord.), ANPH şi INPCESPH.

CALL, MC.S., 1990, *Comunicare ţinută la Simpozionul şcolii pentru handicapaţi vizual,* Cluj, University of Birmingham, 1990.

CREŢU, V., 1999, *Educaţia pentru drepturile copilului,* Edit, SEMNE, Bucureşti.

CREŢU,V., 2006, *Incluziunea socială şi şcolară a persoanei cu handicap. Strategii şi metode de cercetare* , Ed. Printech, Bucureşti.

CRISTEA, S., 1994, *Fundamentele pedagogice ale reformei învăţământului,* EDP, R.A., Bucureşti.

CRISTEA, S., 1996, *Pedagogie generală. Managementul educaţiei,* EDP, R.A., Bucureşti.

DAUNT, P., 1997, *Integrarea şcolară şi socială a copiilor şi tinerilor cu CES în Ţările Europei Occidentale (studiu pentru România),* UNICEF, Bucureşti.

GHERGUŢ, A., 2001, *Psihopedagogia persoanelor cu cerinţe speciale – Strategii de educaţie integrată,* Edit. Polirom, Iaţi.

GHERGUŢ, A., 2005, *Psihopedagogie specială – Ghid pentru concursuri şi examene de obţinere a gradelor didactice,* Edit. POLIROM, Iaşi.

GOLU, M., 1997, „Dezvoltarea stadială şi cerinţele cunoaşterii psihologice a copilului", în Dima, S. (coord.), *Copilăria, fundament al personalităţii*, Ed. Revistei învăţământului Preşcolar, Bucureşti.

HOLST, J., MELERO, M.L., VERZA, E., PEREZ, J.M.,FLORES, I.R., RADU, GH., POPOVICI, D.V, 2000, *Development of Needs Education Methods in Danemark and Spain, Socrates-Comenius Project European*, Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.

IONESCU, Ş., 1990, *L'intervention en deficience mentale,* tom 1-11, Bruxelles, Pierre Mardaga Editeur.

JOHNSEN, H. BERIT, SKORTEN M., 2001, *Education - Special Needs Education,* Unipub förlag, Oslo.

KEBBON, L., 1986, *Normalization, integration and the quality of life and the reality,* University of Kent Canterbury, Institute of Social and Applied Psychology.

KULCSAR, T., 1978, *Factorii psihologici ai reuşitei şcolare* EDP, Bucureşti, pp. 35 şi 63.

LEWIN ,K., 1967, *Psychologie dinamique*, PUF, Paris.

MANEA, L., 2000, *Protecţia socială a persoanelor cu handicap,* Casa de Editură şi Presă SANSA.SRL, Bucureşti.

MANOLACHE, A., 1978, *Dicţionar de pedagogie,* EDP, Bucuresti.

MUŞU, I., 1995, *Organizarea unui centru de educaţie integrată*, comunicare la Simpozionul RENINCO - Craiova.

MUŞU, I., (coord.), 2000, *Ghid de predare-învăţare pentru copii cu cerinţe educative speciale*, Asociatia Reninco, Reprezentanţa UNICEF în România, Bucureşti.

NIRJE, B., 1985, „The Basis and Logic of Normalization Principle in Australia and New Zeeland", *Journal of Developmental Disabilities*, vol.11, nr.2.

NIRJE, B., 1970, „The Normalization Principle Implications and Comments", *British Journal of Mental Subnormality*, nr.16, pp. 62-70.

NIRJE, B., 1976, *Normalisation et integration, concepts de base en ameliorer la qualitee de la vie*, Airlie House, Virginia.

PERRIN, B., NIRJE, B., 1985, „A Critique of Some Frequent Misconceptions of the Normalization Principle in Australia and New Zeeland", *Journal of Developmental Disabilities*, vol.11, nr.2, 1985.

PIJL S.J., MEYER J.W., HEGARTY S., 1997, *Inclusive education, a global agenda,* T. J. Press Padston, Ltd.

POPOVICI, D.V., 1997, „Aspecte ale relaţiei dintre normalizare şi calitatea vieţii la handicapaţii mintal", în Revista *Recuperarea şi integrarea persoanelor cu handicap*, nr.2, pp. 91-95.

POPOVICI, D. V., 2000, *Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficienţe mintale*, Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.

POPOVICI, D.V., 1999, *Elemente de psihopedagogia integrării*, Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.

POPOVICI, D.V., (coord.), 2007, *Curs de perfecţionare pentru cadrele didactice în domeniul educaţiei integrate – suport electronic (CD),* CCD Braşov.

POPOVICI, D.V., 2007, *Orientări teoretice şi practice în educaţia integrată,* Edit. Universităţii „Aurel Vlaicu", Arad.

POPOVICI, D.V., VERZA, E.F., 2005, „Carcateristici ale educaţiei speciale din SUA (I)", studiu în *Revista de Psihopedagogie,* nr. 2, Edit. Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.

POPOVICI, D.V., VERZA, E.F., 2006, „Carcateristici ale educaţiei speciale din SUA (II)", studiu în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 1, Edit. Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.

PREDA, V., 1995, „Principiul normalizării în etica intervenţiei precoce asupra copiilor cu nevoi speciale", studiu în *Recuperarea şi integrarea persoanelor cu handicap*, nr. 7.

PREDA, V., 1996, *Note de curs-dactilo,* Univ. Babeş-Bolyai, Cluj.

PREDA, V., 1988, *Educaţia copiilor cu cerinţe speciale în educaţia şi dinamica ei*, Edit. Tribuna Învăţământului.

PREDA, V. (coord.), 2000, *Orientări teoretico-praxiologice în educaţia specială,* Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

RACU-ROSCA, A., 2003, *Istoria psihopedagogiei speciale – Manual Crestomatie,* editia a II-a, Edit. PONTOS, Chişinău.

RADU, GH., 1992, „Contradicţii ale sistemului actual de însuşire şi educaţie specială a handicapaţilor mintal", studiu în *Revista de Educaţie Specială*, nr.1.

RADU, GH. (coord.), 1999, *Introducere în psihopedagogia şcolarilor cu handicap*, Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.

RADU, GH., 1993, „Cerinţe pentru un model adaptat de învăţare decurgând din particularităţile dezvoltării la handicapatul mintal", în *Revista de Educaţie Specială*, nr. 1.

RADU, GH., 2002, *Psihologie şcolară pentru învăţământul special,* Edit. Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.

RADU, I. D., 2005, *Ghid pentru cadrele didactice de sprijin/itinerante pentru cei care se ocupă de integrarea copiilor cu cerinţe educative speciale în şcoala de masă Braşov,* Braşov.

RADU, I. D. ŞI DRAGHICI, D., 2007, *Ghid pentru cadrele didactice de sprijin/itinerante, pentru membri comisiilor interne de evaluare continuă,* Braşov, variantă actualizată.

RAMSEY, S.R., 2003, PRAXIS II – *Special Education Praxis Teacher's Certification Exam,* XAM Inc. USA.

SILLAMY, N., 1996, *Dicţionar de psihologie (Larousse)*, Ed. Univers Enciclopedic, Bucureşti.

UNGUREANU, D., 1998, *Copiii cu dificultăţi de învăţare,* EDP-RA, Bucureşti.

UNGUREANU, D., 2000, *Educaţia integrată şi şcoala inclusivă,* Edit. de Vest, Timişoara.

VĂIDEANU, G., 1996, *UNESCO-SO – Educaţie,* EDP-RA, Bucureşti.

VÂGOTSKI, L.S., 1972, *Opere psihologice alese*, EDP, Bucureşti.

VERZA, E. (coord.), 1997, *Ghidul educatorului*, Universitatea Bucureşti, Departamentul de Psihopedagogie Specială, DPC-EU/Phare Componenta 2 - Formare de personal, Bucureşti.

VERZA, E., PĂUN, E. (coord.), 1998, *Educaţia integrată a copiilor cu handicap,* reprezentanţa UNICEF în România.

VERZA, E., 1987, „Psihodiagnoza şi prognoza în defectologie", în *Revista de Psihologie*, nr. 4/1987.

VERZA, E., 1993, *Psihologia vârstelor*, Ed. Hyperion, Bucureşti.

VERZA E., 1992, „Psihopedagogia integrării şi normalizării", în *Revista de Educaţie Specială*, nr.1.

VERZA, E., 1998, *Psihopedagogie specială*, EDP-RA, Bucureşti.

VERZA, E., 1988, „Unele structuri de personalitate în psihopedagogia handicapaţilor de intelect", în *Revista Probleme de defectologie*, Ed. Universităţii Bucureşti.

VERZA, E., VERZA F.E., 2000, *Psihologia vârstelor,* Edit. Pro-Humanitate, Bucureşti.

VERZA, E.F., 2007, *Fundamentele psihopedagogiei speciale – « Proiectul pentru învăţământ rural »* - MEC.

VRĂSMAŞ, T., DAUNT, P., MUŞU, I., 1996, *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerinţe educative speciale*, Ministerul Învăţământului şi Reprezentanţa UNICEF în România.

VRĂSMAŞ, T., 2004, *Şcoala şi educaţia pentru toţi*, Edit Miniped, Bucureşti.

VRĂSMAŞ, E.A., 2006, *Introducere în educaţia cerinţelor speciale,* Universitatea din Bucureşti, Edit. Credis, Bucureşti.

WOLFENSBERGER W., 1984, "La valorisation du role social; une nouvelle conceptualisation de la normalisation", în *Deficience mentale*, 34/2.

WOLFENSBERGER, W., 1984, *The Principle of Normalization in Human Services,* Toronto National Institute of Mental Retardation.

ZIEGLER, E., BALLA, A.D., 1977, „Impact of institutional experience on the behavior and development of retarded persons", în *American Journal of Mental Deficiency*, vol 82, nr., I, I-II.

*****Declaraţia de la Salamanca şi direcţiile de acţiune în domeniul educaţiei speciale: Conferinţa mondială asupra educaţiei speciale: acces şi calitate,** reprezentanţa UNICEF în România, 1995.

*****Regulamentul de Organizare şi Funcţionare a Învăţământului Special,** Ministerul învăţământului, Direcţia Generală a învăţământului Preuniversitar, 1996.

*** * * Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap,** ONU, Rezoluţia 48/96 din 20. 12. 1993, Reprezentanţa UNICEF în România, 1995.

***** Pachet de resurse pentru instruirea profesorilor - cerinţe speciale în clasă**, UNESCO, Reprezentanţa UNICEF în România, Bucureşti, 1993.

*** *Instrucţiuni privind alcătuirea Programelor Educative Individualizate din Districtul Şcolar AIKEN,* Carolina de Sud.

*** Legea Educaţiei Persoanelor cu Dizabilităţi din SUA-IDEA, 1997.

Consultation on Special Education, 1988, UNESCO, Paris.

***** Ghid pentru cadre didactice de sprijin (CDS)**, 2005, UNICEF, România, Edit. VANEMOND.

***** Cartea Albă Reninco – Integrarea/includerea copiilor cu dizabilităţi,** 1999, UNICEF şi Asociaţia RENINCO România, Bucureşti.

***** Ghid de predare-învăţare pentru copiii cu cerinţe educative speciale,** 2000, Asociaţia RENINCO România, Edit. MarLink Trading S.R.L., Bucureşti.

***** Dezvoltarea practicilor incluzive în şcoli – Ghid managerial,** 1999, UNICEF România, Edit. MarLink Trading S.R.L., Bucureşti.

CAPITOLUL XVIII
DIMENSIUNEA ŞI PERSPECTIVA INTERVENŢIEI PSIHOLOGICE ÎN RECUPERAREA ŞI ABILITAREA PERSOANELOR ÎN DIFICULTATE

1. SPECIFICUL INTERVENŢIILOR PSIHOLOGICE ÎN ACTIVITATEA DE RECUPERARE A PERSOANELOR ÎN DIFICULTATE

1.1. Conceptul de „persoană în dificultate“ şi cele mai frecvente dificultăţi

Trăim într-o lume în continuă schimbare, într-o societate alarmant de informatizată (nu întâmplător, se vorbeşte azi de o „patologie informaţională“!), într-o lume tehnicizată (în care, până şi scrisorile cu declaraţii de iubire s-au „despovărat“ de urma parfumului destinatarului, devenind într-o clipă e-mail-uri cvasi impersonale sau chiar „turnate“ în formule stereotipe, pentru toţi şi, de fapt, pentru nimeni şi accesate rapid cu un simplu click!!!), o societate plină de provocări pe toate planurile, la care, fiecare persoană trebuie să răspundă şi să găsească soluţiile cele mai adaptative, cele mai eficiente pentru ea însăşi şi pentru cei din jur şi, pe cât posibil, cele mai ziditoare pe plan spiritual.

Deoarece lumea actuală devine din ce în ce mai complexă, dar şi mai problematică şi mai contradictorie, fiecare persoană trebuie să dezvolte comportamente cât mai adecvate, cât mai eficiente şi cât mai „creative“, astfel încât incertitudinea să devină certitudine, instabilitatea să se transforme în echilibru emoţional, greutăţile inerente să devină „cruci“ personale asumate, timpul să devină o coordonată bine gestionată, drumul, sinuos şi dificil, spre împliniri de orice fel, să pară o cărare existenţială prăfuită cu experienţe reuşite care conduce sigur „omul potrivit la locul potrivit“, iar trăirile noastre singulare să se armonizeze cu cele ale semenilor noştri în iubire şi cu iubire.

Trăim într-o societate în care unii dintre noi putem „răzbi“ singuri, iar alţii avem nevoie de ajutor; din acest motiv, este evident faptul, că societatea postmodernă a accentuat, printre altele, şi nevoia acută de celălalt (de altfel, nevoie ancestral săpată în fiinţa umană şi nu numai!), nevoia de „aproapele nostru“, cu atât mai mult cu cât se înregistrează azi o rată crescută a „persoanelor în dificultate“, care nu sunt doar persoanele cu diferite deficienţe sau handicapuri, cum s-ar putea crede la o interpretare reductivă, ci toate persoanele care au dificultăţi pe unul sau altul dintre planurile existenţial umane, într-un moment sau altul al vieţii.

În ultimul timp, auzim mereu în jurul nostru: „ne apasă lipsurile materiale...suntem numiţi sau ne considerăm săraci..., avem un diagnostic care ne accentuează golul interior resimţit de ceva vreme..., o boală gravă sau o boală rară...,

durerile ne reamintesc vârsta înaintată...deficienţa se accentuează, uneori devine handicap care ne scade randamentul, performanţele şi prestigiul social..., nu mai avem unde munci...luptăm pentru un ajutor de şomaj...aproape fără voie, am devenit dependenţi de alcool sau de substanţe psihoactive..., am traversat o situaţie-limită care ne marchează gândurile, simţurile, comportamentele...suntem marginalizaţi şi stigmatul e mult prea greu..., ne-am descompus şi ne-am uitat identitatea..., suntem copii şi tineri abandonaţi, agresaţi, abuzaţi fizic, emoţional sau sexual, obligaţi să cerşim sau să furăm..., am uitat să spunem „mama", „acasă", „iubire"..., uneori, casa noastră este o secţie de pediatrie plină de desene amuzante care nu ne mai amuză...alteori, auzim (poate şi înţelegem!!!), parcă prea des, cuvinte sofisticate pentru vârsta noastră... tulburări de învăţare"...„tulburări din spectrul autismului"... „ADHD"... „SIDA..."

Simţim, uneori, că cei din jurul nostru nu sunt înţeleşi, nu sunt iubiţi, nu sunt ajutaţi, deşi învăţăturile Mântuitorului Hristos ne îndeamnă pe fiecare dintre noi spre grija faţă de „aproapele nostru" aflat în suferinţă, această atitudine fiind, de fapt, o datorie de conştiinţă a fiecărui creştin.

Ne ferim să vorbim despre problemele lor..., îi ocolim sau îi compătimim vinovat şi îi numim simplu ***„persoane în dificultate"***.

Totuşi, este incontestabil faptul că, în ultimii ani, ***distanţa între proiect şi realizare, în privinţa rezolvării sau reducerii problemelor persoanelor în dificultate, s-a redus simţitor,*** că societatea actuală şi specialiştii din ştiinţele socio-umane (şi nu numai) îşi găsesc timp (!) şi pentru ele, pentru cunoaşterea lor, pentru fundamentarea unor măsuri legislative care să le apere drepturile, pentru găsirea unor soluţii practice pentru „normalizarea" vieţii lor şi pentru integrarea în viaţa familială, şcolară, profesională, socio-culturală, politică, morală, religioasă etc.

Pentu o mai bună înţelegere a problemei persoanelor în dificultate trebuie definite, succint, ***conceptele*** cu care se operează în ştiinţele socio-umane şi în practica protecţiei şi asistenţei sociale.

În general, conceptele sunt instrumente de exprimare a cunoaşterii, de organizare a cercetării, de operare în praxisul social.

Orice persoană poate fi situată pe o axă circumscrisă de conceptele de ***„normalitate"*** şi ***„anormalitate"***.

D. Lagache („L'unité de la psychologie clinique", 1949), sintetizând datele lui H. A. Murray şi K. E. von Hartman, defineşte ***normalitatea psihică*** prin următoarele trăsături:

- capacitatea de a tolera tensiuni suficient de mari şi de a le reduce la un nivel satisfăcător pentru trăirile individuale;
- capacitatea de a organiza un proiect de viaţă şi existenţă care să permită satisfacerea periodică şi armonioasă a majorităţii trebuinţelor vitale;
- proiectarea scopurilor imediate şi a finalităţilor mai îndepărtate;
- capacitatea de sincronizare a aspiraţiilor individuale cu cele de grup;
- capacitatea de a adera echilibrat la tendinţele conservatoare şi la cele novatoare ale societăţii.

Conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, normalitatea / sănătatea unei persoane presupune starea de bine fizic, psihic şi social, care include: acceptarea de sine, relaţii pozitive cu ceilalţi, autonomie, control asupra propriei vieţi, sens şi proiectarea de scopuri şi dorinţa de dezvoltare personală.

Boala, în sens larg, este definită prin prisma modificărilor la nivel biologic şi/sau psiho-comportamental, modificări care generează o stare de distres şi/sau dizabilitate sau un risc crescut spre aceste stări. Boala psihică constă într-un pattern sau sindrom psihologic sau comportamental semnificativ, care apare la un individ şi care este asociat cu manifestări supărătoare şi incapacitate (deteriorare într-unul sau în mai multe domenii de funcţionare) sau cu un risc crescut de a se confrunta cu durere, infirmitate sau cu o pierdere importantă a libertăţii („DSM IV-R – Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale, Asociaţia Americană de Psihiatrie", 2003).

Conceptul de „anormalitate", în opoziţie cu cel de „normalitate", a suferit diverse mutaţii semantice, cu grade diferite de legitimitate, făcând referire la persoana anormală, persoana deviantă, persoana exclusă, persoana cu maladii cronice, persoana infirmă, persoana cu deficienţe, persoana cu incapacitate, persoana cu handicap.

În efortul de generalizare, astăzi este din ce în ce mai folosită ***sintagma „persoană în dificultate", concept cu sferă mult mai largă, care include toate categoriile de persoane care au nevoie şi acces la sistemele şi serviciile de protecţie şi asistenţă socială,*** dar cărora nu li se poate asocia calificativul „anormal" doar din dorinţa de a respecta media statistică, „mândră" să circumscrie „normalitatea".

Hegel a definit normalitatea ca fiind „corespondentul relaţiei dintre concept şi realitatea unor entităţi oarecare", iar Heidegger, drept coincidenţa dintre „condiţia de posibilitate" şi „condiţia de realitate" a unei persoane.

Pentru evaluarea stării de normalitate a unei persoane, acest concept trebuie raportat nu numai la nivelul individului, ci şi la contextul social, la relaţiile şi interdependenţele fizico-biologice, psihice şi sociale din cadrul acestuia, la modul în care persoana este mai mult sau mai puţin adaptată şi integrată în acest context, prin aderare la norma grupului de apartenenţă; „normalitatea" nu este rezultanta simplă a corelaţiei unor repere definitorii şi esenţiale în majoritatea unui grup, ci raportarea, menţinerea sau redobîndirea unui optimum funcţional personal şi interpersonal, norma fiind privită axial ca o stare ideală de sănătate. Cu alte cuvinte, normalitatea psihică se stabileşte şi prin raportare la normă, nu numai la majoritatea statistică, în limitele căreia normalitatea psihică se regăseşte în diferite proporţii (comentarii mai ample s-au făcut într-un capitol anterior).

Ţinând cont de semantica termenilor, ne vine greu să considerăm legitimă asocierea anormalităţii cu persoana în dicultate, aşa cum apare în unele lucrări în domeniu.

Legea 448/2006, privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap şi Strategia naţională pentru protecţia, integrarea şi incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006-2013, precizează că „în folosirea termenilor sau în procesul de introducere sau definire a unor termeni noi, se va urmări eliminarea tendinţelor discriminatorii sau a celor care induc riscul de stigmatizare prin conotaţiile negative, categoriale sau depersonalizatoare" şi recomandă evitarea folosirii termenilor

handicapat, irecuperabil, needucabil, incapabil de muncă, în toate actele administrative, oficiale şi legislative.

Sintagma „persoană în dificultate", fiind (sau trebuind să fie, mai ales în limbajul comun) descărcată de conotaţii depreciative, face referire, fără diferenţieri de vârstă, sex, religie, naţionalitate etc., la:

- ***copiii şi persoanele cu una sau mai multe deficienţe (fizice, senzoriale, de intelect, de limbaj, comportamentale)*** – care, în majoritatea cazurilor, au nevoie de sprijin în activităţile cotidiene, şcolare, profesionale, sociale;
- ***persoanele, mai ales copiii, cu dificultăţi de învăţare***;
- ***persoanele şi copiii care nu au mijloace materiale satisfăcătoare cel puţin la standardele minimale de viaţă***: ***copiii orfani sau părăsiţi de părinţi, persoane aflate în mare sărăcie materială*** (dar care pot fi, însă, bogate spiritual!!) sau ***persoanele în situaţie de risc, şomeri, familiile cu mulţi copii, copiii străzii, copiii – victime ale maltratării, ale traficului de fiinţe umane, copiii abuzaţi fizic, sexual, verbal, emoţional etc.;***
- ***bătrânii neajutoraţi şi bolnavi;***
- ***bolnavii cronici şi cei cu afectiuni incurabile*** ;
- ***bolnavii psihic;***
- ***copiii cu boli grave (infectaţi cu virusul HIV, SIDA, cancer etc.);***
- ***persoanele, mai ales tinerii, consumatori de droguri, alcool şi, mai nou, de produse etnobotanice*** (în mod paradoxal, comercializate legal prin „spice-shop-uri").

Dificultăţile cu care se confruntă astfel de persoane sunt:

- ***dificultăţi specifice determinate de deficienţă sau de boală*** (dificultăţi locomotorii, de orientare, de comunicare, de înţelegere, de adaptare etc.)
- ***dificultăţi materiale*** (de întreţinere / de îngrijire / de asigurare şi menţinere a stării de sănătate proprii, a familiei, a locuinţei sau lipsa completă a resurselor financiare şi materiale)
- ***dificultăţi şcolare şi profesionale*** (de instrucţie şi educaţie, de pregătire / calificare / perfecţionare / reconversie profesională, de încadrare / reîncadrare într-un loc de muncă adaptat pregătirii / deficienţei / bolii, determinate de absenţa unor condiţii facilitante şi securizante pentru persoanele cu deficienţe etc.)
- ***dificultăţi psihologice şi sociale*** (limitarea comunicării şi relaţionării psihosociale, atitudini şi opinii steretipizante ale celor din jur, izolare şi autoizolare socială, lipsa valorizării activităţii etc.)

Aşa cum s-a menţionat deja, ***copiii şi persoanele cu o deficienţă / handicap sau persoanele cu deficienţe asociate*** (deficienţe senzoriale, de auz sau de vedere, deficienţe fizice, neuro şi psihomotorii, deficienţe de intelect, deficienţe de limbaj, deficienţe comportamentale, deficienţe de învăţare) ***sunt considerate persoane în dificultate şi, în consecinţă, persoane cu nevoi speciale, care se bucură de protecţie, asistenţă socială şi educaţie specială.***

Din perspectivă conceptual–teoretică, ***Noua Clasificare Internaţională a Funcţionării, Dizabilităţii şi Sănătăţii (CIF, OMS, 2001),*** este nu numai un instrument de clasificare a afecţiunilor fizice, a bolilor psihice şi a deficienţelor, ci şi o nouă paradigmă de descriere a stării de sănătate şi a celorlalte stări corelative acesteia, pe baza unui model interdisciplinar (medical, psihologic şi social), având la bază principiul generos al „egalizării şanselor"; CIF defineşte şi operează cu unele concepte (afectare fizică şi psihică, structuri sau funcţii ale corpului, participare, activitate, restricţii în participare şi activitate, performanţă, factori personali, factori de mediu natural, artificial, social, factori contextuali, facilitatori sau cu rol de bariere etc.), astfel încât ***abordarea consecinţelor unei deficienţe este una realistă şi pozitivă***, care permite conceperea unor programe de recuperare din perspeciva modelelor educaţionale şi profesionale competenţiale, opuse celor care relevau doar incapacitatea şi limitele, nu şi ceea ce pot realiza persoanele cu deficienţe datorită potenţialului lor restant funcţional, în condiţiile absenţei unor factori de mediu nefavorabili şi nestimulatori.

Pentru persoanele cu diferite deficienţe/handicapuri există şi în România o bogată legislaţie, servicii specializate şi organisme capabile să transforme în fapt strategiile de acţiune, în beneficiul acestei categorii de persoane în dificultate.

O atenţie deosebită se acordă ***copiilor în dificultate şi copiilor cu risc crescut de a ajunge în această situaţie*** (copii abandonaţi, copii abuzaţi fizic, sexual, emoţional sau maltrataţi, copii suferind de boli grave etc.), care se bucură de prerogativele unei legislaţii favorabile privind măsurile juridice şi sociale de protecţie; astfel, Ordonanţa de Urgenţă nr. 26/1997 privind protecţia copilului aflat în dificultate (republicată în Monitorul Oficial nr. 276/24, iulie 1998) stipulează faptul că un copil („persoana care nu a împlinit vârsta de 18 ani şi nu are capacitate deplină de exerciţiu") „se află în dificultate dacă dezvoltarea sau integritatea sa fizică sau morală este periclitată" – Art. 1 (1).

„Copilul aflat în dificultate (inclusiv cel care, „temporar sau definitiv, este lipsit de mediul său familial sau care, în propriul său interes superior, nu poate fi lăsat în acest mediu"), se bucură „de protecţie şi de asistenţă în realizarea deplină şi în exercitarea corespunzătoare a drepturilor sale" (Ordonanţa de Urgenţă nr. 26/1997, Art. 2), statul, prin colectivitatea locală, garantând protejarea copilului împotriva oricăror forme de violenţă, inclusiv sexuală, vătămare ori abuz fizic sau mintal, de abandon sau neglijenţă, de rele tratamente sau de exploatare, în timpul cât se află în îngrijirea părinţilor ori a unuia dintre ei, a reprezentantului său legal sau a oricărei alte persoane" – Ordonanţa de Urgenţă nr. 26 / 1997, Art.3 (3).

Prezenţa unor manifestări acute sau cronice, care afectează starea de sănătate fizică sau psihică şi capacitatea de adaptare personală sunt considerate ***stări patologice*** care necesită intervenţie medicală şi suport adecvat (DSM-IV, 1994), aceste manifestări conferind ***statut de persoană / familie în dificultate, datorită stării deteriorate de sănătate.***

Astfel de persoane sunt ***bolnavii psihic, bolnavii suferind de o boală rară gravă, persoanele în vârstă cu boli incurabile şi dureri greu de suportat, persoanele care suferă de stres traumatic etc.***

Raportul anual (2001) al OMS evidenţia faptul că ***tulburările / bolile psihice*** reprezintă una din sursele cu frecvenţa cea mai mare în generarea dizabilităţilor / dificultăţilor existenţiale; prevalenţa pe viaţă a acestor boli este de aproximativ 33%, ceea

ce înseamnă că unul din trei oameni va avea, la un moment dat, pe parcursul vieţii, o tulburare psihică diagnosticată prin criterii internaţional acceptate.

La nivel mondial, OMS (2001) estimează că peste 450 de milioane de oameni suferă de tulburări mentale sau de comportament, 154 milioane de oameni în întreaga lume suferă de depresie, 25 de milioanede oameni, de schizofrenie, 91 de milioane de oameni sunt afectaţi de o tulburare legată de consumul de alcool şi 15 milioane de oameni, de tulburări determinate de abuzul de substanţe psihoactive. Unul din patru pacienţi care apelează la un serviciu medical suferă de o tulburare mentală, neurologică sau de comportament. Mai mult, cele mai multe dintre aceste probleme nu sunt nici diagnosticate, nici tratate (www.who.int/mental_health).

În ceea ce priveşte rata de suicid la nivel internaţional, rapoartele OMS (2004) indică faptul că aproximativ 877.000 de persoane mor anual la nivel mondial în urma suicidului. Dintre aceştia, 86% provin din ţările cu venit mic sau mediu, iar aproximativ jumătate au vârsta cuprinsă între 15 şi 44 de ani. Ratele cele mai înalte de suicid sunt întâlnite în ţările est-europene. Cauza cea mai frecventă a suicidului o constituie tulburările mentale (www.euro.who.int/mentalhealth).

În populaţia României, în anul 2007, prevalenţa tulburărilor mentale (numărul de cazuri existente la un moment dat din totalul populaţiei) era de 1,07%, iar incidenţa (numărul de cazuri noi într-un an de zile) era de 1070,5 cazuri la 100.000 de locuitori. Faţă de anii trecuţi, incidenţa şi prevalenţa tulburărilor mentale au crescut simţitor, în anul 2000 înregistrându-se valori de 0,49%, respectiv 925,12 cazuri noi la 100.000 de locuitori, iar în anul 2005, valori de 1,41% respectiv 1178,21 de cazuri noi la 100.000 de locuitori. În ceea ce priveşte suicidul, în anul 2007, rata cazurilor de suicid era de 10,54 la 100.000 de locuitori comparativ cu 11,42, în 2005.

Şi în România există suficiente indicii care sugerează, în ultimul deceniu, valori semnificativ mai mari (în raport cu media europeană) a frecvenţei unor factori generatori de tulburări sau boli psihice: deteriorarea stării de sănătate a populaţiei, creşterea ratei abuzurilor, a violenţei domestice, a dependenţei de droguri, a suicidului, creşterea şi diversificarea factorilor de stres (declinul economic, creşterea şomajului, scăderea nivelului de trai), expansiunea comportamentelor agresive şi violente etc., cu toate dificultăţile ce decurg din manifestările psihocomportamentale patologice sau cu risc de patologizare.

Spre deosebire de cea mai mare parte a bolilor somatice, boala psihică are repercusiuni atât în plan personal, cât şi în planul echilibrului microgrupului social (familial, şcolar, profesional) în care bolnavul psihic trăieşte şi se integrează dizarmonic; de aceea, asigurarea nevoilor şi surmontarea dificultăţilor bolnavului psihic interesează şi responsabilizează familia, profesioniştii şi comunitatea, care trebuie să asigure un sistem integrat de îngrijiri specializate în funcţie de specificul patologiei şi servicii accesibile pentru sănătatea mintală, la înalte standarde de calitate.

Procesul de recuperare a acestor persoane în dificultate include şi inserţia sau reinserţia profesională, precum şi îmbunătăţirea abilităţilor lor funcţionale; un rol important în recuperare îl au programele preventive de igienă mintală (prevenirea uzului / abuzului de substanţe psihoactive, profilaxia insomniilor, managementul stresului etc.).

O categorie destul de largă a persoanelor în dificultate este constituită din ***copiii şi persoanele care suferă de boli rare***, dar foarte grave, care au, în general, cauze

genetice, dezvoltare şi evoluţie atipică, putând determina şi întârzieri în vorbire, întârziere în dezvoltarea cognitivă etc., pentru multe dintre ele nexistând tratament.

Se estimează că 1 din 10 persoane cu boli rare sunt ***copiii şi persoanele cu autism***, termen introdus la începutul secolului al XX-lea, de către Bleuer, care îl defineşte ca pe o „detaşare de la realitate, însoţită de o predominare a vieţii interioare"; Leo Kanner caracterizează autistul ca fiind „retras, mulţumit de sine însuşi", în anul 1943, el reuşind să diferenţieze autismul de psihoză, schizofrenie sau handicap mintal şi considerându-l un sindrom comportamental cu manifestări specifice în toate sferele (acţională, verbală, afectivă, cognitivă).

În prezent, la nivel internaţional, se remarcă o conştientizare a implicării factorilor psihologici în diverse maladii incurabile, cum este şi cancerul; ***bolnavii de cancer***, persoane în mare dificultate, realizează că tratamentul administrat nu este suficient pentru a face faţă schimbării dramatice petrecute în viaţa lor. Provocările psihologice pe care le implică expresia „am cancer" sunt substanţiale şi presupun sprijin specializat, mai ales pentru învingerea dificultăţilor de ordin existenţial şi emoţional, precum şi pentru atenuarea efectelor durerii.

Durerea este o patologie frecvent întâlnită şi la ***persoanele de vârsta a treia***, care reprezintă o parte semnificativă din populaţie, astfel încât durerea la vârstnici devine o problemă de sănătate publică. Cel mai adesea, acuzele dureroase sunt induse de dureri musculare, articulare sau neuropate. Atât durerea acută, cât şi durerea cronică reprezintă aspecte majore în patologia vârstei a treia, fiind recunoscută ca o boală în sine, iar dreptul pacientului la controlul tuturor acuzelor dureroase este pe cale de a fi inclus în Carta Drepturilor Omului.

Durerea cronică are un impact deosebit asupra vieţii bolnavului vârstnic prin alterarea calităţii somnului, prin tulburări de apetit alimentar, pierdere în greutate, afectare cognitivă, accentuarea fenomenelor anxioase, depresive, creşterea riscului de suicid, izolare socială şi limitarea activităţilor zilnice, cu creşterea gradului de dependenţă, ceea ce duce la alterarea calităţii vieţii, dar şi la creşterea recurgerii la servicii de sănătate. În plus, starea bolnavului vârstnic are repercursiuni şi asupra vieţii şi activităţii familiei acestuia, care se transformă în familie în dificultate.

Persoanele dependente de utilizarea substanţelor psihoactive dezvoltă un pattern maladaptativ, care conduce spre incapacitare sau suferinţă semnificativă clinic, la renunţarea la activităţi recreative, sociale, ocupaţionale, la dependenţă fiziologică şi psihică, la afectarea judecăţii, la tulburări de comportament cu repercursiuni în planul relaţiilor psihosociale şi al adaptării, necesitând ajutor specializat.

Persoanele alcoolice (care suferă de etilism cronic) au, de asemenea, grave dificultăţi de adaptare familială, şcolară, profesională, socială; intoxicaţia alcoolică generează tulburări fiziologice, psihice şi comportamentale, agresivitate, labilitate emoţională, iritabilitate, tulburarea judecăţii şi a atenţiei, tulburări anxioase, tulburări de dispoziţie etc.

Studiile au arătat că, în anumite condiţii, orice persoană, chiar şi cele „obişnuite" cu situaţiile critice, pot dezvolta reacţii tipice de ***stres traumatic*** (**Mitchell**, 2003), care le transformă în persoane în dificultate.

Stresul traumatic este un fenomen psihic determinat de evenimente (un caz special de zbor, un incident de tragere ori aterizarea unui paraşutist în condiţiile unei

intensificări bruşte a vântului, un accident auto, o intervenţie chirurgicală prelungită şi soldată cu decesul pacientului, o surpare în mină, situaţia de ostatic etc.) ale căror caracteristici principale sunt: expunere directă (uneori indirectă, prin evocare) la evenimente cu caracter neobişnuit, cu apariţie bruscă, cu pierderea sau diminuarea controlului situaţiei şi cu consecinţe traumatizante în plan fizic şi / sau emoţional, chiar dacă nu întotdeauna evenimentul se soldează cu consecinţe negative.

Simpla confruntare a unei persoane cu un pericol iminent, semnificativ, poate genera o traumă psihică. Semnificaţia unui astfel de eveniment nu se limitează la reacţii în plan psihic, comportamental, ci se extinde asupra echilibrului fiziologic, prezentând totodată consecinţe asupra performanţei profesionale şi adaptării generale.

O reacţie de stres postraumatic este de altfel, un răspuns normal la o situaţie anormală, este expresia unui mecanism de apărare prin care organismul răspunde unei agresiuni fizice sau psihice, care transformă persoana, pentru un timp mai scurt sau mai lung, în „persoană în dificultate" deoarece dezvoltă o serie de reacţii somatice şi psihocomportamentale (revenirea persistentă în memorie a aspectelor legate de eveniment, tulburări de somn (coşmaruri), diminuarea apetitului, modificări ale habitudinilor, nevoie mai mare de tutun sau de alcool, tensiune psihică, nervozitate, iritabilitate, agitaţie, deprimare, izolare socială, sentiment de vulnerabilitate, de neajutorare, dificultăţi de concentrare în sarcini de rutină, reducerea generală a performanţei profesionale etc.), aceasta necesitând sprijin, consiliere psihologică şi chiar asistenţă medicală.

Aparent puternici şi echilibraţi, ***sportivii de performanţă*** pot traversa o serie de situaţii competiţionale care îi transformă în persoane în dificultate.

Sportul de astăzi este o competiţie dură, o întrecere cu sine şi cu alţii, presupunând succes şi glorie, concentrare şi control, automotivare şi plăcere, încredere şi perseverenţă, dar mai ales, performanţă, adică atingerea limitelor propriilor posibilităţi fizice şi psihice şi, uneori, chiar depăşirea lor.

Ca la orice om, există şi la sportivi un prag înnăscut de vulnerabilitate, diferit de la un individ la altul, la sportivii de performanţă legându-se de încrederea în sine, extrem de importantă în marile competiţii; mediul, educaţia şi evenimentele de viaţă au o influenţă crucială asupra încrederii în sine (**Haddou, Marie**, 2004).

Fiecare individ îşi cristalizează imaginea de sine în urma introspecţiei, a continuei comparări şi diferenţieri de ceilalţi şi a dinamicii propriilor eşecuri şi succese. Dar, acest mod de a se vedea pe sine nu este întotdeauna fidel realităţii, existând persoane care îşi subapreciază sau îşi supraapreciază propriile trăsături, calităţi şi competenţe. Din acest motiv, în ceea ce priveşte autocunoaşterea, semnificativ rămâne caracterul adecvat sau neadecvat al reflecţiilor / judecăţilor individului asupra sa, în funcţie de acestea şi imaginea de sine fiind mai mult sau mai puţin obiectivă. Practic, o imagine de sine optimă este aceea în care eul nu se identifică cu eşecurile personale, iar individul este conştient nu numai de posibilităţile, ci şi de limitele sale, menţinându-şi expectaţiile de autorealizare la un nivel care să concorde cu potenţialul său real. De aici, derivă şi un nivel optim al încrederii în sine (expresie a imaginii de sine), văzută drept certitudinea sau siguranţa individului că deţine aptitudini şi competenţe menite să-i asigure succesul.

În activitatea sportivă al cărei specific este competiţia şi, prin urmare, compararea cu ceilalţi, încrederea în sine este fundamentală. Un sportiv bine pregătit din punct de

vedere fizic, tehnic şi tactic, dar fără încredere în ceea ce poate face, va performa la un nivel situat cu mult sub adevăratul său potenţial. El îşi va desfăşura competiţiile într-o stare de tensiune şi va fi mult mai vulnerabil la accidentări şi eşecuri. În plus, fiecare eşec înregistrat va accentua nivelul scăzut al stimei de sine, prin autopercepţia deformată a lipsei aptitudinilor şi calităţilor necesare obţinerii performanţei. Aşadar, lipsa încrederii în sine nu are numai un efect imediat (pierderea unui meci sau a unui concurs), ci, din nefericire, unul devastator şi persistent în timp, întrucât insuccesul provoacă, la rândul său, emoţii negative, subminează încrederea şi nivelul de aspiraţie (**Martens, R.**, 1999).

În condiţiile unei prevalenţe a bolilor psihice şi a unei rate a suicidului semnificativ mai ridicate în cadrul penitenciarelor decât în populaţia generală, promovarea sănătăţii mentale, în acest mediu, devine esenţială, atât pentru ***deţinuţi,*** cât şi pentru ***personalul ce interacţionează cu aceştia***, ambele categorii fiind considerate persoane în dificultate.

Comportamentele deviante (de exemplu, politic, religios sau sexual) şi conflictele care există între individ şi societate nu sunt tulburări mentale propriu-zise, cu excepţia situaţiilor în care devianţa sau conflictul sunt simptome ale unei disfuncţii a individului.

Centrul Regional pentru Europa al OMS (1998) estimează că în ţările europene, până la 32% dintre prizonieri suferă de tulburări mentale, excluzând tulburările de consum de substanţe. Dacă sunt luate în considerare şi acestea din urmă, procentul se ridică până la 63%.

Cei mai mulţi din deţinuţi suferă de tulburări de personalitate, mai ales tulburare de personalitate antisocială (www.euro.who.int/prisons/).

Comorbiditatea cea mai frecvent întâlnită în mediul penitenciar este cea a tulburărilor emoţionale cu tulburarea de personalitate antisocială; în ceea ce priveşte consumul de alcool şi droguri, s-a identificat faptul că între 63,6% şi 76,4% dintre deţinuţi erau dependenţi sau au abuzat de droguri sau alcool (**Abram & Teplin**, 1991).

Stigma şi marginalizarea socială pot accentua izolarea socială, iar rezultatul cumulativ al acestor factori poate duce la o creştere a riscului de suicid; în mediul penitenciar, femeile şi tinerii au cel mai mare risc spre suicid.

Cele mai frecvente ***tulburări psihice care apar la copiii şi adolescenţii*** aflaţi în detenţie sunt tulburarea de conduită, tulburările emoţionale şi anxietatea, care generează dificultăţi de adaptare şi de integrare.

Tulburarea de conduită reprezintă un pattern persistent şi repetitiv de comportamente care încalcă drepturile fundamentale ale altora, normele sau regulile sociale majore corespunzătoare vârstei. O comorbiditate de până la 30%, pentru băieţi şi 59%, pentru fete există între tulburarea de conduită şi ADHD, iar alta, de până la 37%, între tulburarea de conduită şi depresie (*www.prisonmentalhealth.org*).

Tulburările emoţionale includ simptome fizice, oboseală constantă, iritabilitate, atacuri de panică, perturbarea somnului, coşmaruri, comportamente de auto-vătămare şi retragere socială.

Anxietatea constă în preocuparea excesivă faţă de unul sau mai multe aspecte ale vieţii, care este însoţită de sentimentul de frică sau/şi de gânduri repetitive, de îngrijorare, de *stres* etc.

Sunt considerate persoane în dificultate ***şomerii***, „persoane apte de muncă, puse în situaţia de a nu găsi de lucru din lipsa cererii de forţă de muncă" (DEX); pentru ei, un rol important îl joacă serviciile şi persoanele abilitate în medierea muncii deoarece îi sprijină în aplicaţii practice pentru obţinerea unui loc de muncă, pe cât posibil, în concordanţă cu pregătirea, aptitudinile, experienţa şi interesele lor etc.

Medierea muncii este o activitate complexă pe piaţa muncii, care realizează concordanţa ofertei cu cererea de forţă de muncă, pornind de la cunoaşterea nevoilor cantitative şi calitative de forţă de muncă ale agenţilor economici, a caracteristicilor potenţialului şomerilor, a ansamblului relaţiilor şi posibilităţilor de acţiune din administraţie şi economie.

Persoanele şi familiile aflate în extremă dificultate, datorită unor cauze justificate, într-o ***stare de sărăcie accentuată,*** beneficiază de ajutoarele financiare, reglementate prin Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr.118/1999 privind înfiinţarea şi utilizarea Fondului Naţional de Solidaritate, cu modificările şi completările ulterioare, aprobată prin Legea nr.366/2001.

De asemenea, beneficiază de ajutoare de urgenţă familiile sau persoanele care se află în situaţii de necesitate, datorate calamităţilor naturale, incendiilor, accidentelor, precum şi altor situaţii deosebite stabilite prin lege.

Există şi funcţionează Departamente antisărăcie şi pentru prevenţia marginalizării sociale în cadrul administraţiilor locale şi centrale, care monitorizează aplicarea măsurilor privind prevenirea marginalizării sociale la nivel local, judeţean, naţional şi care identifică, în colaborare cu serviciile specializate din cadrul Consiliilor Locale, persoanele şi familiile care se găsesc în situaţii de risc, stabilind măsuri individuale în vederea prevenirii marginalizării sociale. De asemenea, aceste departamente monitorizează cazurile de persoane adulte cu sau fără dizabilităţi care necesită susţinere în vederea reintegrării sociale, asigură consiliere în vederea obţinerii drepturilor de care pot beneficia, elaborează, în colaborare cu agenţiile pentru ocuparea forţei de muncă, cu ONG-uri şi cu alte instituţii specializate, programe de calificare sau recalificare a persoanelor cu risc de marginalizare socială.

1.2. Activitatea de recuperare – între proiect şi realizare

Un alt concept, care trebuie clarificat, este acela de ***„recuperare", activitate complexă care urmăreşte valorificarea posibilităţilor unei persoane în dificultate şi antrenarea funcţiilor psiho-fizice neafectate, astfel încât să poată suplini activitatea funcţiilor deficitare, destructurate, nefuncţionale, pentru ca aceste persoane să se poată integra, în limitele dificultăţii, cât mai activ şi eficient în viaţa familială, şcolară, profesională, comunitară şi socială.***

Focalizarea atenţiei societăţii asupra persoanelor şi grupurilor vulnerabile, asupra persoanelor în dificultate, asupra copiilor, în general şi asupra acelora cu nevoi speciale, în particular, în perspectiva recuperării lor, este un indiciu al nivelului de civilizaţie atins şi al preocupărilor sale pentru găsirea, din perspectiva solidarităţii interumane, a celor mai bune soluţii pentru creşterea calităţii vieţii, pentru integrarea oricărei persoane în toate structurile sociale, educaţionale, profesionale etc., pentru schimbări în câmpul acţiunilor şi serviciilor instituţiilor publice şi ale societăţii civile.

A realiza în fapt recuperarea persoanelor în dificultate înseamnă a adera complet la valorile democrației, care presupun, printre altele, crearea unei societăți echilibrate, în care ***să fie recunoscută și acceptată „unitatea în diversitate"***, în care să se ofere sprijin interuman necondiționat și generos fiecărei persoane care, într-o perioadă, mai scurtă sau mai lungă, din viața sa, se află în dificultate, spre a putea trăi cât mai normal posibil, spre a-și putea desfășura activitatea la nivelul potențialului propriu și spre a se putea integra în cultura, experiența istorică, opțiunile și valorile fundamentale ale societății în care trăiește.

Recuperarea vizează și pregătirea psihologică a persoanei în dificultate, care include, printre alte obiective, menținerea unei stări afectiv-emoționale echilibrate, a unui tonus de viață pozitiv și a unui minimum de confort existențial.

În stabilirea și adaptarea metodologiei recuperatorii trebuie să se țină seama de o serie de factori obiectivi și subiectivi, dintre care menționăm: tipul de dificultate / deficiență / problemă / boală, gravitatea acestora, nivelul dezvoltării funcțiilor neafectate cu rol compensator sau integrativ, starea psihică a persoanei în dificultate, vârsta, sexul, prognosticul și evoluția structurilor psiho-fizice afectate și a celor compensatorii etc.

Recuperarea, care se centrează pe problematica atât de complexă a persoanelor cu diferite deficiențe / handicapuri / dificultăți, include (**E. Verza**, 1995):

- ***recuperarea prin învățare*** – realizată încă din etapele timpurii ale preșcolarității, continuată în etapele școlare, prin adaptarea conținuturilor și metodelor școlii normale la specificul și consecințele fiecărei deficiențe asupra particularităților individuale și de vârstă; formele învățării se particularizează în funcție de specificul deficienței: predominant intelectuală/cognitivă – pentru achiziționarea de noi informații și deprinderi (mai ales la deficienții de limbaj, de vedere, de auz și la cei cu deficiențe motorii), predominant afectivă și motivațională (la deficienții de intelect), învățarea verbală (pentru asimilarea modelelor verbale și a maturizării funcției simbolice a limbajului, mai ales la deficienții de auz), învățarea psihomotrică (în cazul deficienților locomotori), învățarea socială și morală (utilă în toate cazurile de deficiență etc.)
- ***recuperarea prin psihoterapie*** – care vizează eliminarea trăirilor afective negative, a sentimentelor de frustrație și inutilitate, a complexelor de inferioritate, a anxietății, descurajării, a imaginii de sine deteriorate etc, necesară în cazul tuturor categoriilor de deficienți și realizată prin formele cele mai adecvate ale tehnicilor psihoterapeutice
- ***recuperarea prin terapie ocupațională*** – care este realizată prin mai multe feluri de terapii (ludoterapie, meloterapie, terapie prin dans, ergoterapie), în scopul activării efectelor terapeutice și homeostatice în plan psihic și adaptativ și în planul activității practice; prin aceste tipuri de terapie se poate forma o serie de calități fizice și psihice (deprinderi de autoîngrijire, igienă și autonomie personală, de autocontrol, capacitate de reacții și comportamente oportune și adecvate în diferite situații de viață, capacitate de afirmare personală, interese diverse, deprinderi de muncă și de exercitare a unei ocupații sau profesii,

încredere în sine şi imagine de sine pozitivă, capacitate de comunicare şi relaţii interpersonale, simţul responsabilităţii, al evaluării şi autoevaluării etc.).

O latură deosebit de importantă, care fundamentează şi transformă recuperarea persoanelor în dificultate în realizare reală şi eficientă este constituită de legislaţia actuală din România, aliniată la standardele legislaţiei internaţionale.

Activitatea de recuperare nu se poate realiza dacă nu exisă un cadru legal, principii şi un sistem normativ-valoric general, valabile pentru persoanele în dificultate.

Noile concepte utilizate în legislaţie şi în domeniul educaţional, social, al psihologiei, al asistenţei sociale etc., cu referire la persoanele în dificultate, ***au fost definite prin raportare la drepturile inalienabile şi nenegociabile ale fiinţei umane.***

La 10 decembrie 1948, a fost adoptată ***Declaraţia Universală a Drepturilor Omului*** de către Adunarea Generală a Organizaţiei Naţiunilor Unite, care statuează drepturile politice, economice, sociale, culturale ale fiecărui om, deoarece „toţi oamenii se nasc liberi şi egali în demnitate şi drepturi”.

Organizaţia Naţiunilor Unite a adoptat, de asemenea, Declaraţia privind Drepturile Persoanelor cu Deficienţe Mentale (1971), Declaraţia Drepturilor Persoanelor cu Handicap (1975), Programul Mondial de Acţiune privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap, Regulile Standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap (1994), Convenţia privind Drepturile Copilului (1989), Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu handicap (2006) şi alte acte normative.

Există şi alte documente internaţionale importante care reglementează diferite aspecte ale status-ului de persoană în dificultate, dintre care menţionăm: Planul de Acţiune al Consiliului Europei (2006-2015) pentru promovarea drepturilor şi pentru deplina participare socială a persoanelor cu handicap şi a creşterii calităţii vieţii lor, Raportul UNESCO „Educaţia inclusivă – calea viitorului“ (2009), Declaraţia de la Madrid „Înlăturarea discriminării şi acţiunea pozitivă conduc la incluziunea socială”, adoptată la Congresul European al persoanelor cu handicap (Madrid, 2002), Conferinţa mondială UNESCO asupra educaţiei speciale „Acces şi calitate“ (Salamanca, Spania, 1994).

În conformitate cu cadrul legislativ european şi internaţional, bazat pe respectarea prevederilor Declaraţiei Universale a Drepturilor Omului, politicile sociale şi serviciile de asistenţă şi ocrotire a persoanelor în dificultate din România contribuie la realizarea, în fapt, a unor ***principii*** generoase: respectarea demnităţii inalienabile, a autonomiei şi independenţei personale, a libertăţii de gândire, simţire, acţiune, opţiune şi decizie, nediscriminarea, dreptul de a trăi în propria familie sau într-un cămin, de a se integra şi a participa la viaţa societăţii, respectul pentru diversitatea umană, accesibilitatea, egalitatea şanselor etc.

Convenţia pentru Drepturile Copilului, întemeiată pe principiul nediscriminării, stipulează faptul că drepturile copiilor trebuie să fie respectate, inclusiv propria identitate, indiferent de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau altă opinie a copilului ori a părinţilor, indiferent de situaţia lor materială, de capacitatea lor intelectuală, de potenţialul de dezvoltare şi evoluţie etc.

Legea 448/2006, privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, defineşte egalizarea şanselor drept „procesul prin care diferitele structuri sociale şi de mediu, infrastructura, serviciile, activităţile informative sau documentare devin

disponibile şi persoanelor cu handicap", astfel încât „fiecare membru al comunităţii, indiferent de naştere, ocupaţie, poziţie socială să posede, în fapt şi nu numai în formă, şanse egale de a-şi folosi pe deplin capacităţile sale fizice, ce ţin de inteligenţă şi caracter".

O.U.G. nr. 26/1997, modificată prin Legea nr. 108/1998, creează cadrul juridic ce permite implementarea în legislaţia română a principiilor înscrise în ***Convenţia cu privire la drepturile copilului***, ratificată de România prin ***Legea nr. 18/1990***, drepturi care sunt puse în aplicare printr-o serie de măsuri (încredinţarea / plasamentul copilului unei familii, unei persoane sau unui organism privat autorizat, organismului autorizat în vederea adopţiei, unui serviciu public specializat, unei familii asistate etc.), adoptate de către Guvernul României şi incluse în ***Strategia Naţională pentru Protecţia Copilului,*** în ***Strategia Guvernamentală în domeniul protecţiei copilului în dificultate*** şi în ***Planul operaţional pentru implementarea acestei stategii***, precum şi prin înfiinţarea Comitetului Naţional pentru Protecţia Copilului, a Agenţiei Naţionale pentru Protecţia Copilului, a Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Copilului, a unor comisii pentru protecţia copilului, a Serviciului public specializat pentru protecţia copilului (din care fac parte centrele de plasament şi centrele de primire a copilului) şi a unor organisme private, autorizate să desfăşoare activităţi în domeniul protecţiei şi educaţiei copilului în dificultate.

Există şi funcţionează, de asemenea, compartimente pentru intervenţie în regim de urgenţă în situaţii de abuz, neglijare, trafic şi migraţie, care identifică familiile în care există riscul dezvoltării unor astfel de atitudini şi tratamente negative faţă de copii (cu sau fără handicap).

Un alt pas important pentru recuperarea reală şi pentru obiectivarea Programului Mondial de Acţiune pentru egalizarea şanselor persoanelor cu handicap, precum şi a tuturor persoanelor în dificultate, în sensul facilitării participării lor active la viaţa comunitară, al realizării autonomiei şi independenţei lor şi al prevenirii, pe cât posibil, a accentuării dificultăţilor, ***s-a realizat şi prin introducerea în Clasificarea ocupaţiilor din România (C.O.R) a unor profesii noi***:

- ***„personalul de îngrijire"*** – care prestează activităţi de calificare simplă pe lângă specialişti de nivel intermediar;
- ***„asistentul personal"*** – care este monitorizat permanent în privinţa modului în care realizează activitatea de îngrijire şi protecţie, adaptată la nevoile individuale ale persoanelor în dificultate (mai ales ale persoanelor cu deficienţe foarte grave);
- ***„mediatorul social"*** – care, prin activitatea sa complexă de mediere din perspectivă socială, se implică în problematica socială cu care se confruntă unele persoane în dificultate, unele grupuri sau comunităţi defavorizate, în scopul ameliorării situaţiei lor sociale şi al facilitării relaţiilor dintre individ – familie – comunitate. El trebuie să-şi adapteze comportamentul şi intervenţia la specificul situaţiilor din familiile în care intervine, ţinând cont de nevoi, obiceiuri şi tradiţii etnice. Mediatorul social adoptă atitudini profesionale în situaţii ambigue, ştie cum să intervină pentru a aplana conflicte, pentru a facilita comunicarea între părţi, asigurând totodată păstrarea respectului şi neutralităţii faţă de toţi cei implicaţi. Mediatorul social cunoaşte legislaţia

referitoare la protecţia socială a persoanelor în dificultate (vârstnici, copii, adulţi, persoane de etnie rromă etc.) şi facilitează asigurarea respectării drepturilor acestora, informarea privind locurile de muncă, dinamica pieţei muncii şi gestionarea vieţii cotidiene. El lucrează eficient în cadrul unei echipe multidisciplinare şi comunică permanent nu numai cu persoana în dificultate şi cu familia sa, ci şi cu autorităţile locale din diferite centre şi instituţii care servesc interesele acestor persoane şi cu echipa de profesionişti din care face parte, pe baza unui plan de acţiune pentru fiecare beneficiar, în funcţie de problemele identificate;

- ***„managerul social"*** este o profesie introdusă în nomenclatorul profesiilor în acelaşi scop, al protecţiei sociale a persoanelor în dificultate, care presupune o bună pregătire teoretică şi practică, dar şi o serie de abilităţi şi calităţi personale deosebite, îndeosebi sensibilitate la problemele umane, care să-i permită să acţioneze adecvat, în beneficiul persoanelor în dificultate, într-o mare diversitate de situaţii, să le poată întelege, ajuta şi pentru a le învăţa să se ajute şi singure, precum şi de a le acorda asistenţă socială modernă, conform Codului deontologic, întemeiată pe principii generoase (respectarea unicităţii şi demnităţii fiinţei umane, stimularea unei relaţionări optime cu familia, instituţiile, comunitatea etc., ajutor necondiţionat pe plan emoţional, fizic sau material, în numele justiţiei sociale şi al solidarităţii interumane).

  În funcţie de particularităţile fiecărei situaţii în care se află persoana în dificultate asistată şi de contextul istoric, geografic, economic, social şi cultural în care trăieşte, managerul social trebuie să construiască o strategie de depistare a problemelor şi dificultăţilor reale şi de intervenţie oportună, care să armonizeze sistemul formal, compus din instituţii guvernamentale şi agenţii nonguvernamentale şi sistemul informal, compus din membrii familiei, prieteni, vecini etc., spre beneficiul tuturor şi spre atingerea unui prag cât mai apropiat de normalitate. Federaţia Internaţională a Asistenţilor Sociali a adoptat, „Etica Asistenţei Sociale. Principii şi standarde" (Colombo, Sri Lanka, 1994), document bazat pe „Codul Internaţional al Eticii pentru Asistentul Social Profesionist", care conţine principiile etice de bază ale practicii asistenţei sociale şi procedurile recomandate în relaţiile individuale ale managerului social cu persoanele în dificultate asistate, cu colegii şi cu alţi specialişti.

- ***„pedagogul de recuperare"*** – o ocupaţie din domeniul asistenţei sociale şi pedagogice a persoanelor cu nevoi speciale sau a altor categorii de persoane aflate în dificultate (copii, persoane în vârstă etc.), el realizând o serie de acţiuni specifice procesului recuperativ (îngrijire, ocrotire, proiectarea, organizarea, efectuarea, monitorizarea şi evaluarea activităţilor de stimulare şi recuperare, de formare a deprinderilor de autonomie personală şi socială, de promovare şi respectare a drepturilor şi intereselor persoanelor în dificultate, pentru integrarea lor în comunitate. Pedagogul de recuperare îşi desfăşoară activitatea în centre de îngrijire şi asistenţă (unităţi de asistenţă socială, centre de asistenţă şi recuperare, centre pentru delincvenţii minori, case de tip familial, centre de recuperare pentru handicap mediu şi sever, centre de

integrare socio-profesională, centre de zi, ambulatorii, precum şi în alte instituţii care servesc interesele persoanelor aflate în dificultate). Pe parcursul întregii sale activităţi, pedagogul de recuperare relaţionează şi colaborează eficient nu numai cu beneficiarii actului recuperator, ci şi cu diverse instituţii, cu partenerii sociali, cu specialiştii în domeniu etc.

- ***„managerul de caz"*** este profesionistul care asigură coordonarea activităţilor de asistenţă socială şi protecţie specială, desfăşurate în interesul copilului în dificultate, având drept scop elaborarea şi coordonarea activităţilor de întocmire şi implementare a Planului individualizat de protecţie (PIP) pentru copiii care urmează să beneficieze de o măsură de protecţie specială. Managerul de caz îşi desfăşoară activitatea în cadrul compartimenului „Management de caz".
- ***„mediatorul profesional"*** are atribuţii în angajarea, menţinerea şi promovarea la locul de muncă, prin activitatea de informare şi consiliere profesională, pe care o desfăşoară, prin sprijinul oferit unei persoane cu privire la carieră, crescând asfel şi creşterea şanselor de a găsi un loc de muncă adecvat şi corespunzător aspiraţiilor şi pregătirii sale profesionale. Informarea profesională presupune furnizarea de informaţii legate de evoluţia pieţei muncii, de analiza ocupaţională, de posibilităţi de instruire, calificare, recalificare, de cerinţele locurilor de muncă vacante etc.

  Activitatea de consiliere, privind cariera, oferă informaţii şi servicii persoanelor consiliate: aplicarea de teste profesionale specializate pentru stabilirea profilulului psihologic, a intereselor profesionale, a identificării punctelor tari ca elemente de bază în stabilirea traseului profesional, în realizarea bilanţului profesional, a planului de acţiune şi a tehnicilor pentru găsirea unui loc de muncă adecvat (întocmirea CV-ului, a scrisorii de intenţie, a scrisorii de mulţumire, a modului de prezentare la interviu etc.).
- ***alte ocupaţii moderne şi utile în beneficiul persoanelor cu handicap, bolnavilor cronici, bătrânilor, copiilor cu CES etc.:*** terapeuţi specializaţi (terapeut ocupaţional, kinetoterapeut, ergoterapeut, artterapeut etc.), evaluatori specializaţi în asistenţa şi protecţia persoanelor în dificultate, educatori, asistenţi maternali, profesori itineranţi, profesori de sprijin, specialişti în tehnici specifice de recuperare (audiologi, ortofonişti, specialişti în predarea-învăţarea limbajelor specifice etc.)

Multe dintre aceste profesii includ activităţi şi intervenţii psihologice şi sunt exersate de către specialişti cu pregătire psihologică, psihopedagogică specială, pedagogică, socilogică.

Procesul de recuperare şi integrare eficientă a „persoanei în dificultate", ca, de altfel, al oricărui om, indiferent de vârstă, nu se poate realiza fără o ***aprofundată cunoaştere psihologică***; aceasta trebuie să fie întemeiată pe o viziune realistă şi pe interpretarea ansamblului factorilor şi relaţiilor interpersonale, de la structurile micrograpale şi până la macrostructurile sociale, care pot avea un impact pozitiv sau negativ asupra acestor persoane în fiecare etapă a vieţii şi activităţii lor.

Activitatea de recuperare implică în mod necesar, şi procesul de normalizare, concept lansat prin anii '60, constând în realizarea unor condiţii de viaţă cât mai apropiate

de cele normale pentru persoanele în dificultate, acest deziderat fiind, de fapt, dreptul acestora de a avea o existenţă cât mai apropiată posibil de existenţa normală a celorlalţi oameni, de a avea acces la condiţii de viaţă asemănătoare celor normale, dar adaptate în funcţie de complexitatea dificultăţii, de capacităţile existente sau potenţiale, de nevoile lor speciale, personale, economice, sociale, culturale, religioase etc.

Normalizarea înseamnă asigurarea unui standard economic normal, a unor condiţii normale ale mediului ambiental, posibilitatea şi dreptul de a trăi într-o lume a ambelor sexe, asigurarea integrităţii persoanei, a vieţii private şi a libertăţii personale pe toate planurile existenţei.

Activitatea de recuperare şi procesul de normalizare contribuie la ***integrarea socială*** cât mai adecvată şi eficientă în societate a persoanelor în dificultate, proces care, conform UNESCO, reprezintă un ansamblu de măsuri care se aplică diverselor categorii de populaţie şi urmăreşte înlăturarea segregării sub toate formele ei.

Integrarea reală înseamnă admiterea unei persoane în dificultate în cadrul comunităţii largi, fără discriminare, privind accesul liber, exprimarea personală, exercitarea drepturilor sau a obligaţiilor legale, dezvoltarea şi afirmarea individuală conform capacităţilor, trebuinţelor, opţiunilor, aspiraţiilor ei.

Nivelurile integrării (**B. Nirje**, *apud* **D. V. Popovici**, 1999) sunt: ***integrarea fizică*** (satisfacerea trebuinţelor fundamentale), ***integrarea funcţională*** (asigurarea condiţiilor pentru utilizarea efectivă a tuturor serviciilor şi facilităţilor oferite de către comunitate), ***integrarea personală*** (în familie, în şcoală, în comunitatea profesională, în grupul de prieteni etc.), ***integrarea şcolară*** (educaţie pentru diversitate, în structurile învăţământului normal, special, incluziv), ***integrarea socială*** (viaţă socială şi relaţii psihosociale şi interpersonale nediscriminatorii, neexclusive), ***integrarea societală*** (prin asigurarea drepturilor cetăţeneşti normale şi a autonomiei decizionale cu referire la propria existenţă), ***integrarea organizaţională*** (participarea deplină la toate nivelurile structurilor organizaţionale.

Dacă toate acestea devin fapte reale, atunci se poate vorbi într-adevăr nu numai de proiecte, ci şi de realizarea activităţii de recuperare a persoanelor în dificultate.

1.3. Rolul şi funcţiile intervenţiilor psihologice în activitatea de recuperare a persoanelor în dificultate

În general, ***intervenţia psihologică*** este definită ca o activitate profesională fundamentată ştiinţific, care operează cu mijloace şi metode psihologice, la nivelul experienţei trăite şi a comportamentului, având drept scopuri fundamentale:

- dezvoltarea şi promovarea sănătăţii psihice şi psihosomatice a unei persoane;
- stoparea sau diminuarea consecinţelor pe plan psihic a unei boli şi potenţarea efectelor tratamentului (mai ales în cazul unor boli incurabile);
- terapia tulburărilor psihice şi psihosomatice deja apărute şi, pe cât posibil, prevenirea lor;
- optimizarea şi dezvoltarea personală, inclusiv prin redimensionarea autocunoaşterii;
- dezvoltarea sau reabilitarea unei persoane;

- echilibrarea de ansamblu a personalității și formarea / menținerea unei imagini de sine pozitive în codițiile schimbate de boală, deficiență, dificultăți apărute sau accentuate;
- maximizarea potențialităților psihofizice (inclusiv a celor restante, în cazul persoanelor în dificultate), în scopul integrării și participării depline și creative la viața cotidiană normală, la viața familială, școlară, profesională, socială etc.
- recuperarea și reeducarea (individuală, de grup, de cuplu și de familie).

Dezvoltarea științelor socio-umane, din ultimele decenii, au permis o cunoaștere comprehensivă, holistică și aprofundată a persoanelor în dificultate, a potențialului lor de dezvoltare, de învățare, de exercitare a profesiei, de îndeplinire a rolurilor psihosociale, care constituie fundamentul teoretic al strategiilor de intervenție psihologică cu rol important în compensarea, recuperarea și integrarea acestora pe toate palierele existențial-umane.

Intervenția psihologică reprezintă un sistem de mijloace, metode, procedee și tehnici psihologice, care urmărește diminuarea consecințelor dificultăților provocate de boală, deficiență, dificultate existențială, prin intermediul optimizării autocunoașterii, prin influența pozitivă asupra personalității, favorizând dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională și personală, de dezvoltare a elementelor cheie ale conștiinței de sine, de eliminare a inhibițiilor, de reducere a anxietății, stresului, manifestărilor maladive induse prin evaluarea negativă a perspectivelor de viață și activitate.

Intervenția psihologică este, pe cât de complexă, pe atât de specializată, prin funcțiile pe care le îndeplinește:

- ***funcția de stabilizare*** a efectelor altor tipuri de intervenții pozitive pentru persoanele în dificultate;
- ***funcția evaluativă*** – de cunoaștere a particularităților dezvoltării psihice și a structurilor de personalitate, a modului de adaptare a manifestărilor psihocomportamentale la condiția actuală și viitoare, a disfuncționalităților psihice proprii fiecărei categorii de persoane în dificultate și a fiecărui individ în parte;
- ***funcția de suport*** – de acordare de sprijin în asumarea condiției de persoană în dificultate și în crearea unui mediu de securitate și confort afectiv;
- ***funcția de consiliere psihologică*** – de asigurare a unui minimum de confort psihic, de acceptare a propriei persoane, a condiției sale existențiale și de menținere a unor atitudini pozitive și realiste față de sine și față de cei din jur, de formare / menținere a unei imagini de sine pozitive și de responsabilizare față de tot ceea ce întreprinde spre folosul lui și a celor din jur etc.;
- ***funcția psihoterapeutică*** vizează, în ansamblu, transformarea trăsăturilor decompensate ale personalității în unele cu valoare adaptativă, care pot conduce la maxima eficiență socială a persoanei în dificultate, mai ales prin activarea factorilor afectiv-emoționali și motivaționali.

1.3.1. Funcția de stabilizare a efectelor pozitive ale compensării

Intervențiile psihologice contribuie, în primul rând, la stabilizarea efectelor compensării, mai ales în cazul persoanelor cu deficiențe, acest proces definindu-se, în sens

larg, prin capacitatea unui sistem de auto-reconstituire structurală şi funcţională; legea compensaţiei generează întreaga mobilizare şi utilizare a resurselor proprii, în cazul unor condiţii critice ale organismului, precum şi a tulburării sau distrugerii unor componente.

D. Damaschin (1973) relevă ***caracterul legic al fenomenului de adaptare compensatorie,*** dirijat de o serie de ***principii***, care fac referire la componentele subiective şi obiective implicate în compensare: ***principiul integrării şi ierarhizării*** (conform căruia, activitatea integrată şi ierarhizată a componentelor SNC asigură, atât unitatea de ansamblu a comportamentului, ca o condiţie necesară a echilibrării cu mediul, cât şi lărgirea sferei disponibilităţilor de decizie şi alegere în situaţii variabile), ***principiul determinismului*** (care guvernează influenţa factorilor individuali, ai învăţării, ai mediului etc. asupra organismului), ***principiul activismului*** (care semnifică mobilizarea persoanei într-o activitate a cărei valoare adaptativă este confirmată de rezultatele conservate din experienţa anterioară), ***principiul analizei şi sintezei*** (care prezintă importanţă pentru modul în care omul poate să analizeze / sintetizeze unitar, pe secvenţe sau unităţi, obiectele, evenimentele, fenomenele cu care se confruntă în existenţa sa, în vederea unei cunoaşteri cât mai depline), ***principiul economiei*** (care defineşte maniera de selectare şi schematizare a informaţiilor), ***principiul unităţii*** (care reglează realizarea integrării, a echilibrului şi a armoniei stărilor fizice, psihice şi morale, ceea ce constituie condiţia esenţială a integrităţii psihofizice şi sociale a personalităţii).

În funcţie de tipul, natura, specificul, gravitatea, evoluţia şi prognosticul bolii de fond sau a deficienţei, **compensarea se produce la nivelul planurilor afectate,** existând astfel: ***compensare neuro-fiziologică, compensare fizică şi psihomotorie, compensarea psiho-afectivă, compensarea socială.***

Procesul compensator-recuperator poate şi trebuie influenţat prin declanşarea şi orientarea adecvată a oricărei activităţi, mai ales, la vârstele mici, aceasta, deoarece compensarea este un proces al dezvoltării, în condiţiile căruia au loc o serie de substituiri, în care se produc corectări şi refaceri ale structurii sau funcţiei tulburate sau nedezvoltate, se formează modalităţi de acţiune şi însuşire a experienţei practice şi sociale, se dezvoltă capacităţi fizice, psihice, personalitatea în ansamblul ei.

Recuperarea capacităţii de cunoaştere şi acţiune se bazează pe disponibilităţile reale ale organismului (sistemului nervos) de a se adapta la condiţiile deficienţei / dificultăţii şi la consecinţele ei.

1.3.2. Funcţia evaluativă a intervenţiilor psihologice

În activitatea de recuperare a persoanelor în dificultate este important să se iniţieze orice demers prin ***realizarea diagnozei / evaluării în scopul:***

- cunoaşterii particularităţilor psiho-fizice, al stadiului evolutiv al diferitelor funcţii psihice în situaţia de boală / deficienţă / handicap / situaţie-limită / dificultate existenţială;
- identificării restanţelor funcţionale (prin colaborarea cu specialiştii din alte domenii conexe implicaţi în activitatea de recuperare), posibil de mobilizat în tratament şi în orice intervenţie psihologică şi socială;

- cunoaşterii perspectivei de evoluţie, de accentuare a consecinţelor pe plan psihic şi, mai ales, în scopul realizării prognozei şi a programelor de intervenţie psihologică şi nu numai.

Cunoaşterea stării actuale şi a manifestărilor prezente se poate realiza numai prin raportarea la antecedentele personale şi familiale, la condiţiile în care dificultatea de orice fel a fost depistată, la tipologia şi varietatea factorilor care au generat-o, care o întreţin sau care o amplifică.

Astfel de considerente au condus şi la ***schimbarea paradigmei în evaluare***, care se centrează pe relevarea aspectelor pozitive ale proceselor şi funcţiilor psihofizice, cu potenţial de dezvoltare, care vor putea contribui, în urma unor intervenţii şi a unor programe stimulative, la asigurarea autonomiei, integrării familiale, şcolare, profesionale şi sociale a persoanei în dificultate.

Trebuie relevat faptul că ***evaluarea nu este o acţiune simplă, izolată, ci un demers continuu, multidimensional, realizat,*** în cazurile fericite, ***de către echipe interdisciplinare de specialişti, în strânsă colaborare cu persoana în dificultate şi cu familia acesteia.***

De asemenea, trebuie menţionat faptul că ***evaluarea multidisciplinară este întemeiată pe o anumită filosofie a evaluării, pe fundamente teoretice şi metodologice moderne, pe principii clare (coerenţă, probitate ştiinţifică, realism, obiectivitate, viziune unitară şi holistică etc.), precum şi pe acelea specifice deontologiei profesionale.***

În acest sens, trebuie remarcată, o dată în plus, valoarea în diagnoza bio-psiho-socială a Noii Clasificări Internaţionale a funcţionalităţii, dizabilităţii şi sănătăţii (CIF, OMS, 2001), aplicată în 191 de ţări ale lumii, inclusiv România, care oferă un cadru general de definire, de codificare şi de identificare a structurilor şi funcţiilor afectate în grade diferite, a restanţelor structural-organice şi funcţionale care pot fi stimulate şi valorificate, a capacităţii de participare, de activitate şi de performare a unor roluri psihosociale de către persoanele cu deficienţe / handicapuri (şi, în general, a oricărei persoane în dificultate), precum şi a factorilor personali (aspiraţii, interese, motivaţie, nivel educaţional, competenţe, atitudini etc.), de mediu (fizic, material, social) şi contextuali (participarea şi integrarea activă în comunitate, prticiparea, în funcţie de propriile opţiuni şi decizii, la viaţa civică şi socială, la activitatea unor asociaţii şcolare, profesionale, de creaţie, politice, religioase, spirituale, formale sau informale, la activităţi de loisir, de socializare etc., în calitate de cetăţean cu drepturi egale).

De asemenea, această nouă paradigmă de evaluare / diagnosticare permite fundamentarea ştiinţifică, interdisciplinară, realistă, a programelor de intervenţie benefică, pozitivă şi adecvată şi a serviciilor pentru persoanele cu deficienţă / handicap, pentru orice persoană în dificultate, raportate la standardele care circumscriu coordonatele de bază ale normalizării, compensării şi recuperării şi la Regulile Standard pentru Egalizarea Şanselor pentru Persoanele cu Handicap (ONU, 1993).

Evaluarea persoanelor în dificultate este fundamentată de o cunoaştere extensivă a cazului, nu numai psihologică, ci şi medicală, socială, educaţională, economică, juridică etc.; de aceea, ***trebuie să se opereze cu mai multe tipuri de diagnostic*** (prezentate într-un capitol anterior): psihodiagnosticul etiologic, diagnosticul personologic (socio-dinamic), diagnosticul axiologic / psihomoral, diagnosticul de

consiliere şi orientare şcolară şi profesională, diagnosticul defectologic, diagnoza economică, juridică, socială, educaţională etc.

În toate formele de evaluare se operează cu ***diagnosticul provizoriu, cu diagnosticul diferenţial şi cu diagnosticul de certitudine***, scopul final fiind realizarea unui ***diagnostic formativ-dinamic,*** pe baza căruia vor fi stimulate şi valorizate restanţele funcţional-organice, psihice şi structurile de personalitate, „zona proximei dezvoltări", potenţialul de învăţare etc. în scopul realizării depline a copilului sau persoanei în dificultate.

Funcţia evaluativă a intervenţiilor psihologice se materializează în ***psihodiagnosticul propriu-zis,*** care reprezintă rezultatul evaluării individuale a fiecărui proces, funcţie psihică sau structură de personalitate, marcate de consecinţele dificultăţilor pe diferite planuri, pe baza lui realizându-se profilul de ansamblu al procesualităţii psihice şi al personalităţii persoanei în dificultate evaluate.

Componentele psihice evaluate includ, mai ales:

- ***gradul de funcţionalitate a proceselor senzorial-perceptive*** – afectate în diferite grade în cazul deficienţelor senzoriale, în unele boli psihice, în unele dificultăţi majore determinate de situaţii-limită de viaţă şi activitate;
- ***componentele psihomotrice*** – afectate în unele forme ale deficienţelor fizice, neuro şi psihomotorii;
- ***procesele cognitive*** (nivel intelectual, procesualitatea şi operativitatea gândirii şi a celorlalte procese cognitive) – modificate, parţial / total, temporar / ireversibil, sub aspect funcţional, la copiii şi persoanele cu deficienţă de intelect, la persoanele de vârsta a treia, la bolnavii psihic, la bolnavii cu stres traumatic etc.;
- ***limbajul şi comunicarea*** se evaluează forma preferată a limbajului, expresivitatea, tulburările limbajului, mai ales în cazul logopaţilor, limbajul specific (limbajul Braille, limbajul mimico-gestual, labiolectura, dactilemele, limbajul patoplastic al bolnavilor psihic etc.), forma şi calităţile comunicării etc.;
- ***structurile afectiv-emoţionale*** (echilibrul şi expresivitatea emoţională, gradul autocontrolului emoţiilor, labilitatea emoţională, ataşamentul afectiv etc.) – afectate la majoritatea persoanelor în dificultate;
- ***aspectele psihocomportamentale şi structurile de personalitate*** – care sunt specifice fiecărei persoane în dificultate (mai ales, comportamentele simptomatice, comportamentul interpersonal şi prosocial, dinamica componentelor personalităţii, imaginea şi stima de sine, principii morale, atitudinile sociale etc.).

De asemenea, este necesar să se evalueze:

- ***mecanismele psihologice implicate în promovarea şi optimizarea sănătăţii şi în prevenirea patologiei***, precum şi acelea care sunt caracteristice unui anumit tip de stare patologică (acută, cronică, de urgenţă, stagnantă, evolutivă etc.);
- particularităţile unor posibile ***fenomene de somatizare;***
- ***starea prezentă a persoanei în dificultate*** şi modul în care se adaptează la situaţiile concrete;

- ***mecanismele defensive şi de coping / adaptare, complexele, frustraţiile, rezistenţele;***
- ***conflictualitatea intrapsihică şi eventualele conflicte interpersonale***, de multe ori fără motive reale, legate de situaţiile curente de viaţă în condiţiile dificultăţilor;
- ***modul în care tabloul clinic se exprimă în probleme concrete de viaţă;***
- ***gradul de autocunoaştere şi dorinţa de dezvoltare personală;***
- ***evaluarea unor aspecte psihologice specifice cuplului, familiei sau altor grupuri sociale în care persoana este integrată***, într-un grad mai mare sau mai mic;
- ***evaluarea contextului familial, profesional, social, economic, cultural*** etc., în care se manifestă problemele psihologice;
- ***evaluarea gradului de discernământ al persoanelor în dificultate***, referitor la gravitatea şi consecinţele problemei, la tratament, la unele aspecte ale vieţii în condiţiile bolii, deficienţei etc., la exercitarea profesiei, la perspectiva reconversiei profesionale etc.

Copiii şi adulţii cu diferite deficienţe / handicapuri sunt evaluaţi, în general, în cadrul instituţiilor şcolare sau profesionale în care sunt integraţi sau de către Comisiile de evaluare complexă, în atribuţia cărora intră şi evaluarea ***copiilor şi persoanelor cu diferite boli sau cu alte probleme de sănătate sau de subzistenţă***; aceste comisii realizează examinări interdisciplinare (psihologice, medicale, sociale, vocaţionale etc.), putând astfel să determine nivelul lor de integrare socială şi să elaboreze ***planuri de servicii individualizate***, care, aplicate corect, contribuie la normalizarea vieţii şi la reducerea consecinţelor diferitelor dificultăţi.

Un rol important îl joacă ***evaluarea pentru consilierea şi orientarea şcolară şi profesională a copiilor şi tinerilor cu cerinţe educative speciale (CES), pentru integrarea lor în şcolile din reţeaua învăţământului special, integrat sau incluziv,*** precum şi evaluarea ***acelora care întâmpină diferite dificultăţi de adaptare sau de învăţare.***

Psihodiagnoza include şi recomandări privind intervenţiile educaţional-terapeutice şi recuperativ-compensatorii, privind programele de învăţare personalizate (sprijin / învăţare dirijată / adaptarea sarcinilor şcolare etc.).

O atenţie deosebită trebuie acordată ***evaluării copiilor şi adulţilor defavorizaţi sau marginalizaţi social***, care, în general, refuză intervenţiile psihologice sau dezvoltă diferite atitudini şi comportamente tipice (efectul de bună reputaţie, efectul de originalitate, efectul de frondă, efectul de convenienţă, efectul de exagerare / minimalizare a răspunsurilor sau unele comportamente indezirabile).

De asemenea, ***evaluarea trebuie realizată în scopul recuperării copiilor, tinerilor, adulţilor sau chiar bătrânilor din mediul penitenciar***, care dezvoltă comportamente deviante, antisociale sau tulburări psihice.

În cazul copiilor sau tinerilor în detenţie, ***diagnoza etiologică*** joacă un rol important în depistarea factorilor predispozanţi sau favorizanţi ai comportamentului deviant (experienţele traumatizante trecute, copilăria în custodia autorităţilor, violenţă în familie sau abuz sexual etc.), precum şi a unor factori specifici mediului privativ de

libertate cu un impact negativ asupra sănătăţii lor psihice (lipsa de intimitate, condiţiile improprii de igienă, agresiunile de orice tip, insecuritatea privind viitorul, lipsa unor activităţi semnificative etc.), care pot accentua unele dereglări psihice deja existente sau pot genera altele, pot creşte nivelul stresului sau al anxietăţii, pot accentua dramatic sentimentul ineficacităţii personale, pot determina un consum mai mare de alcool sau de droguri, pot creşte intensitatea agresivităţii orientată împotriva celorlalţi sau a propriei persoane, precum şi riscul sinuciderii sau crimelor etc.).

Trebuie să se ţină cont de faptul că, la copiii şi tinerii cu debut timpuriu al tulburărilor de comportament, aflaţi în detenţie, apare, în mod frecvent, şi o serie de fobii, obsesii, episoade depresive, impulsivitate, ADHD, tulburări de personalitate, probleme emoţionale, determinate de deteriorarea relaţiilor cu familia, prietenii, rudele etc.

Screeningul psihologic este o tehnică rapidă, pentru depistarea unor astfel de factori şi a situaţiilor care i-a activat, el facilitând oportunitatea intervenţiilor psihologice de urgenţă.

Screeningul psihologic poate fi utilizat şi în cazul altor categorii de persoane în dificultate (bătrâni, şomeri, persoane cu stres traumatic, persoane cu deficienţe etc.), vizând stresul emoţional, gândurile automate negative, credinţele iraţionale, gradul de vulnerabilitate a personalităţii, tulburările anxioase sau afective, tulburările în legătură cu situaţia-limită şi cu dificultăţile existenţiale, precum şi specificul reacţiilor psihocomportamentale la factorii psihosociali stresanţi cu care se confruntă (condiţiile socio-economice, situaţia familială, suportul familial, situaţiile – limită).

Este necesar să se ţină cont şi de unele ***particularităţi de vârstă sau de personalitate*** (impulsivitatea mai mare a tinerilor, fragilitatea celor mai în vârstă, dimensiunea introversie-extraversie); introverţii, cu un comportament dificil şi necooperant, pot ascunde sentimente de disperare şi incapacitatea de a face faţă situaţiei, motiv pentru care trebuie evaluaţi cât mai obiectiv.

La bolnavii psihic, psihodiagnoza este centrată, în mare măsură, pe ***evaluarea clinică nosologică***, investigându-se debutul, evoluţia, amploarea, durata şi intensitatea simptomelor, tulburările somatice sau fenomenul somatizării, comportamentele şi funcţiile psihice dereglate, dispoziţia afectivă, prezenţa unor sentimente de nerealizare sau depersonalizare, a unor obsesii sau compulsii, orientarea în timp şi spaţiu, prezenţa sau absenţa conştiinţei bolii, riscul de suicid etc.

În cazul şomerilor sau a persoanelor cu dificultăţi materiale, care vor să-şi găsească un loc de muncă, trebuie evaluate aptitudinile psiho-profesionale în funcţie de sarcinile de muncă pe care urmează să le execute, mai ales pentru autorizarea exercitării anumitor profesii cu grad mare de risc sau periculozitate (lucrul la înălţime, munca în condiţii de izolare, munca în mine etc.), precum şi pentru unele profesii care necesită echilibru psihic şi responsabilitate socială (medici, profesori, funcţionari publici etc.). De asemenea, se fac evaluări psihologice pentru determinarea vulnerabilităţii la stres, pentru determinarea profilului vocaţional şi implicit pentru evaluarea aptitudinilor cognitive şi a trăsăturilor de personalitate.

Pentru ***persoanele consumatoare de alcool sau dependente de substanţe psihoactive***, evaluarea psihologică se centrează pe identificarea gravităţii tulburărilor comportamentale şi ale personalităţii (agresivitate, labilitate emoţională, iritabilitate,

tulburarea judecăţii, a atenţiei, a memoriei, tulburări anxioase sau depresive), dar şi a factorilor de risc (genetici, psihodinamici, psihosociali, educaţionali, religioşi, politici, economici etc.).

La ***bătrânii cu boli şi dureri cronice***, funcţia evaluativă a intervenţiilor psihologice se manifestă prin circumscrierea profilului psihic, marcat de accentuarea fenomenelor anxioase, depresive, de creşterea riscului de suicid, de izolare socială, ceea ce duce la alterarea calităţii vieţii lor şi a familiei.

La majoritatea persoanelor în dificultate, trebuie evaluat nivelul încrederii în sine, care, în general, este scăzut sau pe cale de a scădea tot mai mult, cu toate cosecinţele ce decurg din aceasta, mai ales prin distorsionarea imaginii de sine, prin demobilizare, prin subaprecierea calităţilor şi competenţelor proprii, prin retragere anxioasă în sine; există un prag înăscut de vulnerabilitate, diferit de la un individ la altul, dar mediul, educaţia şi evenimentele de viaţă au o influenţă crucială asupra încrederii în sine (**Haddou, Marie**, 2004), care condiţionează într-o mare măsură performanţa, succesul sau eşecul unei persoane.

Psihodiagnosticul complex, ca proces de evaluare, se fundamentează pe informaţiile obţinute prin ***utilizarea mai multor metode, probe şi instrumente psihologice***, aplicate, repetate, interpretate în etape şi contexte diferite.

Metodele şi instrumentele psihologice, utilizate în procesul de evaluare, includ: observaţia, convorbirea, diferite tipuri de interviu, analiza produselor activităţii, testele psihologice, chestionarele de personalitate, probele proiective, probele de dezvoltare, probele de performanţă şi de randament profesional, probele de aptitudini, probele pentru evaluarea patologiei personalităţii etc.

1.3.3. Funcţia de suport a intervenţiilor psihologice

Aşa cum s-a menţionat deja în alte contexte informaţionale, la ora actuală există o nouă paradigmă de abordare a persoanei în dificultate, fundamentată de cele mai noi modele interpretative din ştiinţele socio-umane şi susţinută de o legislaţie aliniată la legislaţia din spaţiul european şi extra-european.

Una dintre coordonatele importante ale recuperării persoanei în dificultate, prin intervenţii psihologice constă în ***funcţia de suport / susţinere continuă***, spre a facilita asigurarea tuturor drepturilor acestora şi spre a facilita integrarea şi incluziunea familială, şcolară, profesională, socială.

Noua Clasificare Internaţională a Funcţionalităţii, Dizabilităţii şi Sănătăţii (CIF, OMS, 2001), include şi categoria „factorilor contextuali", care condiţionează, prin calitatea lor, participarea, activitatea şi performanţa persoanelor cu deficienţe / boli / dificultăţi , aceşti factori vizând multitudinea aspectelor mediului de viaţă (fizic, material, social, spiritual) care pot asigura rezolvarea tuturor nevoilor, ierarhizate în cunoscuta ***„piramidă a trebuinţelor umane"*** *(A. Maslow, 1970).*

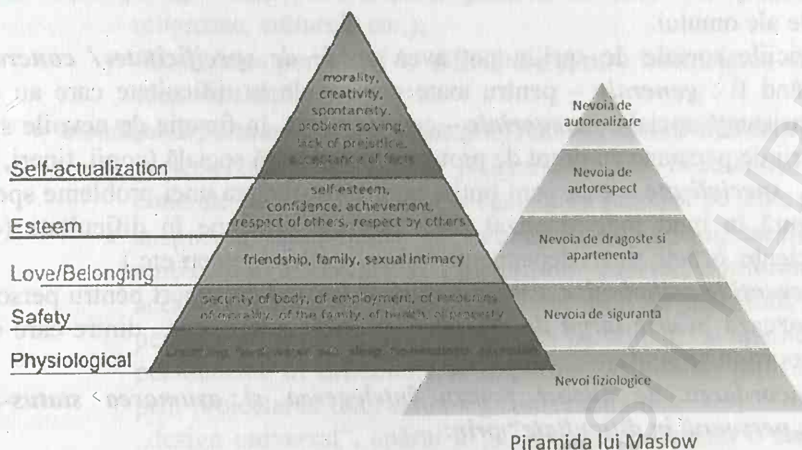


Fig.1. **Piramida trebuinţelor umane** (A. Maslow)

Nevoile fiziologice (indispensabile pentru supravieţuire), nevoile pentru asigurarea securităţii, nevoia de apartenenţă, nevoia de încredere şi respect / autostimă şi nevoia de autorealizare sunt asigurate prin suportul şi susţinerea continuă a personelor în dificultate, prin adaptarea intervenţiilor şi serviciilor de sprijin, inclusiv psihologic la toate nevoile lor.

Conform legislaţiei actuale (documentele ONU, ale Uniunii Europene şi ale României), referitoare la persoanele cu deficienţe, handicap, dificultăţi, „nevoile speciale" sau trebuinţele acestora sunt asemănătoare cu cele ale celorlalţi membri ai comunităţii şi, prin aplicarea „Regulilor Standard pentru Egalizarea Şanselor" (ONU), ***recuperarea acestor persoane devine reală***, de la asigurarea unei vieţi decente şi până la participarea deplină la viaţa comunităţii, mai ales dacă li se acordă şi un suport suplimentar real şi adaptat nevoilor individuale.

Pentru acordarea sprijinului individualizat, se ***folosesc „Scale de suport / evaluare" şi Fişe de observaţie,*** operaţionalizarea rezultatelor la acestea permiţând identificarea unor descriptori individuali ai nevoilor de sprijin, necesari pentru fiecare persoană în dificultate.

Serviciile de sprijin reprezintă un „ansamblu complex de măsuri şi acţiuni realizate pentru a răspunde nevoilor individuale, familiale, de grup, sociale, în vederea prevenirii şi depăşirii unor situaţii de dificultate, vulnerabilitate sau dependenţă, pentru prezervarea autonomiei şi protecţiei persoanei, pentru prevenirea marginalizării şi excluziunii sociale, pentru promovarea incluziunii sociale şi în scopul creşterii calităţii vieţii." (O.U.G. 68/2003 privind serviciile sociale, aprobată prin Legea nr.515/2003, modificată prin O.U.G. 86/2004).

Nevoile de sprijin, pe de-o parte, şi serviciile necesare spre a le satisface cât mai aproape de standardele de normalitate, pe de altă parte, trebuie să fie conştientizate şi evaluate, în mod corect şi realist, atât de către persoana în dificultate, cât şi de către comunitate / societate, prin organismele, instituţiile şi reprezentanţii lor care au atribuţii

în acest sens, aplicarea lor echivalând cu una dintre laturile respectării drepturilor fundamentale ale omului.

Serviciile sociale de sprijin pot avea ***grade de specificitate / concretitudine diferite,*** putând fi : ***generale*** – pentru toate persoanele în dificultate care au drept de protecţie şi asistenţă socială, ***categoriale*** – care se oferă, în funcţie de nevoile specifice, unor categorii de persoane cu drept de protecţie şi asistenţă socială (copii, tineri, bolnavi, şomeri etc.), ***specializate*** – care sunt ţintite pentru rezolvarea unei probleme specifice şi care se asigură în mod individualizat unei anumite persoane în dificultate (copii cu diferite deficienţe, orfani, tineri dependenţi, bolnavi psihic, şomeri etc.).

Intervenţiile psihologice, care îndeplinesc funcţia de suport pentru persoanele în dificultate, vizează ***o arie largă de obiective de ordin pragmatic,*** dintre care cele mai importante coordonate sunt:

- ***acordarea de suport pentru înţelegerea şi asumarea status-ului de „persoană în dificultate" prin:***
    - acceptarea bolii, diagnosticului, deficienţei etc. şi reevaluarea percepţiei asupra acestei noi condiţii umane;
    - reducerea trăirilor interioare dramatice determinate de noua situaţie creată de boală, deficienţă, dificultate;
    - atenuarea sau eliminarea sentimentului inutilităţii personale;
    - creşterea încrederii / stimei de sine;
    - reducerea tendinţei de renunţare la viaţa şi relaţionarea psihosocială, la autoizolare.
- ***conştientizarea nevoii de solicitare şi acceptare a ajutorului psihologic pentru:***
    - mobilizarea propriilor resurse biopsihice restante sau neactualizate în beneficiul propriu şi al celor din jur;
    - încurajarea persoanei în dificultate de a solicita servicii specializate (medicale, de consiliere, terapeutice, logopedice, de kinetoterapie, de ajutor material şi financiar, de sprijin pentru găsirea unui loc de muncă adecvat sau pentru reluarea celui vechi, de asistenţă personală, de mediere socială etc.);
    - satisfacerea nevoilor educaţionale şi profesionale (cerinţe educative speciale / de integrare / de includere în structurile învăţământului normal – pentru copiii cu diferite deficienţe / handicapuri, nevoi de integrare / reintegrare profesională şi socială – pentru bolnavii cu boli somatice grave, pentru bolnavii psihic remişi parţial sau total, pentru şomeri, pentru tinerii eliberaţi din detenţie, pentru persoanele în vârstă pensionate temporar de boală etc.).
- ***stimularea dorinţei de schimbare personală pentru:***
    - optimizarea calităţii vieţii şi activităţii;
    - susţinerea procesului propriu de recuperare;
    - obţinerea sau redobândirea autonomiei personale;
    - integrarea / reintegrarea familială, şcolară, profesională, socială;
    - continuarea sau reluarea unor activităţi preferate (învăţare, loisir, valorificarea unor aptitudini personale, acţiuni filantropice în asociaţii

nonguvernamentale, participare la evenimente familiale, sociale, religioase, culturale etc.);
- încurajarea persoanei în dificultate pentru întemeierea sau menţinerea vieţii de familie.

- ***mobilizarea persoanei în dificultate şi a factorilor sociali interesaţi pentru:***
  - proiectarea şi aplicarea programelor şi necesarului de servicii concrete care pot contribui la egalizarea şanselor pe toate planurile;
  - susţinerea necesităţii de accesibilizare a mijloacelor materiale, ambientale, a spaţiilor şi a instituţiilor publice, a informaţiilor etc.; în acest sens, a apărut, alături de conceptul de „societate a informaţiei pentru toţi" (care vizează garantarea participării şi egalităţii de acces a persoanelor în dificultate la importantele noutăţi din orice domeniu, prin proiectarea unor tehnologii informaţionale universale) şi acela de „design universal", apărut în SUA şi apoi devenit o mişcare la nivel mondial, care abordează designul mediului, produselor şi comunicaţiilor care nu discriminează pe nimeni, dar care aduce beneficii multor persoane în dificultate;
  - participarea la organizarea unor training-uri profesionale, pentru utilizarea tehnologiei moderne care facilitează accesul la informaţie, la cultură, la programele de pregătire pentru viaţa de familie etc.;
  - participare în echipe interdisciplinare care fundamentează standardele de viaţă pentru persoanele în dificultate conform dezideratelor normalizării (asigurarea unui loc de muncă adaptat deficienţei, bolii sau dificultăţii, asigurarea unui venit minim garantat, a unor ajutoare de şomaj, a unor burse de studii sau de merit, acordarea unor gratuităţi pentru tratament medical şi alte servicii care pot contribui la recuperare şi la o independenţă reală etc.);
  - cunoaşterea şi aplicarea cerinţelor educaţionale speciale, mai ales pentru copii în dificultate, ca alternative suplimentare şi complementare celor generale, ale învăţământului de masă, adaptate particularităţilor psihoindividuale, de vârstă şi, mai ales, consecinţelor deficienţei, dificultăţii de învăţare, schimbărilor produse de o boală, de o situaţie-limită etc., ele făcând referire nu numai la aspectele curriculare şi de conţinut al învăţării, ci şi la metodele şi strategiile de predare-învăţare-evaluare adaptate, precum şi la asistenţa / terapia complexă şi integrată, toate contribuind la opimizarea integrării / incluziunii şcolare a acestor copii;
  - dezvoltarea educaţiei timpurii, a „educaţiei dincolo de şcoală", a orientării vocaţionale, a educaţiei pentru carieră.

- ***acordarea de suport psihologic persoanelor în situaţiile-limită*** (persoane cu boli rare, persoane cu stres traumatic, persoane în vârstă, singure şi bolnave, copii abuzaţi, copii care trăiesc în condiţii de violenţă familială, copiii străzii etc.):

- sprijin în ameliorarea distresului psihologic (stresul care depăşeşte o intensitate critică), a anxietăţii, a depresiei şi a altor manifestări asociate;
- reevaluarea valorilor, viitorului, relaţiilor cu alţii şi cu comunitatea;
- accentuarea stării de independenţă şi autonomie;
- identificarea punctelor tari, a structurilor funcţionale, ca suport pentru restructurarea imaginii de sine;
- înţelegerea rolului unei persoane de ataşament;
- acordarea de sprijin în acceptarea / suportarea durerii cronice sau acute, mai ales de către copii şi bătrâni;
- suport acordat deţinuţilor de orice vârstă în consolidarea încrederii în reabilitarea proprie şi în personalul cu rol în acest sens, în creşterea securităţii pentru angajaţii închisorilor şi în crearea unui climat suportiv, în implicarea în activităţi utile, religioase, de muncă, de învăţare, în menţinerea legăturilor cu familia şi cu persoanele de ataşament, în prevenirea riscului suicidului;
- suport psihologic pentru bolnavii cu boli grave (cancer, SIDA), cu efecte asupra creşterii duratei supravieţuirii, a aderenţei la tratament („treatment compliance"), deoarece, după unele estimări statistice, 40-80% dintre pacienţi nu urmează recomandările primite, precum şi asupra reducerii anxietăţii, stresului şi fricii de tratament, care, în majoritatea cazurilor implică stări traumatizante pentru pacient şi pentru familia acestuia;
- sprijin în reducerea reacţiilor tipice de stres traumatic (Mitchell, 2003); prezenţa unor manifestări acute, care afectează starea psihică şi capacitatea de adaptare personală sunt considerate stări patologice care necesită intervenţie medicală şi suport adecvat (DSM-IV, 1994). **J. Mitchell** (1990) a elaborat conceptul de „ Critical Incident&Stress Management" care stă la baza formării unor echipe de voluntari instruiţi şi antrenaţi în oferirea imediată şi oportună a serviciilor de sprijin pentru astfel de persoane în dificultate;
- suport calificat în „abordarea strategică" a problemelor dificile, complicate şi persistente, personale şi interpersonale (**Nardone Watzlawick,** 1990) prin intervenţii care produc schimbări rapide şi rezolvări pe baza relevării modului de soluţionare şi a „dialogului strategic" (şcoala de la Palo Alto, 2004), o tehnologie avansată de comunicare, orientată pe schimbare, care produce experienţe emoţionale corective în măsură să conducă la schimbarea concretă a perspectivelor comportamentelor persoanei în dificultate;
- acordare de sprijin persoanelor în dificultate spre a atenua efectele stereotipurilor, discriminării şi marginalizării sociale, în scopul preîntâmpinării izolării şi autoizolării sociale.

- ***susţinerea serviciilor de asistenţă psihologică şi socială prin:***
  - dezvoltarea capacităţilor proprii ale indivizilor, familiilor şi comunităţilor pentru soluţionarea problemelor dificile de natură personală, familială sau socio-instituţională cu care se confruntă;

- suportul profesional acordat (consiliere, terapie individuală sau de grup, informare etc.);
- facilitarea cunoaşterii şi utilizării oportune şi eficiente a formelor de suport instituţional şi resurse la care au dreptul;
- apărarea intereselor şi drepturilor persoanelor aflate în dificultate;
- diagnoza problemelor socio-umane şi a persoanelor vulnerabile la nivel comunitar;
- prevenţia instalării unor procese sociale patologice (consum de drog, delincvenţă, abandon şcolar, neglijarea copiilor, violenţa domestică).

- ***implicarea familiei în acordarea de sprijin persoanei în dificultate***
  - stimularea parteneriatului familie – copil / persoană în difcultate – specialişti din diferite domenii – manager de caz;
  - acordarea de suport psihologic familiei în acceptarea copilului / persoanei deficiente, bolnave etc.;
  - suport în întemeierea sau menţinerea vieţii de cuplu şi de familie, a cutumelor familiale, a stilului educativ parental obişnuit, a participării la evenimente familiale etc.;
  - acordare de sprijin în continuarea exercitării funcţiilor familiei (biologică, economică, educativă, de solidaritate, afectivă, în care să fie implicat şi copilul sau persoana în dificultate.

Acordarea oricărei forme a suportului psihologic trebuie oferită copiilor şi persoanelor în dificultate respectând rigorile deontologice; el se realizează prin ascultarea activă, prin permisiunea şi încurajarea libertăţii de exprimare a ideilor şi acceptarea diversităţii de opinii, atitudini şi comportamente, prin aplicarea, ca şi în psihoterapie a principiului „primum non nocere".

1.3.4. Funcţia de consiliere a intervenţiilor psihologice

Funcţia de consiliere a intervenţiilor psihologice se manifestă, în principal, prin promovarea educaţiei pentru sănătate şi a unui stil de viaţă sănătos, precum şi pentru profilaxia bolilor şi reducerea riscului de îmbolnăvire, prin măsuri de prevenţie centrate pe asigurarea igienei personale, a igienei mintale, a igienei locuinţei, a integrării într-un mediu ecologic şi securizant, mai ales în cazul copiilor şi persoanelor în dificultate.

Consilierea este definită ca o formă de intervenţie psihologică, organizată şi structurată, realizată prin mijloace şi tehnici specifice, prin care se acordă, de către un specialist în consiliere, asistenţă şi sprijin unor persoane normale psihic, dar aflate într-un moment de dificultate, de impas existential etc., dar, mai ales, copiilor, tinerilor şi persoanelor în dificultate.

Consilierea psihologică este o formă de intervenţie psihologică care se adresează persoanelor aflate în situaţii care sunt văzute sau percepute de către acestea ca fiind fără ieşire sau fără soluţionare. Aceste situaţii, numite şi situaţii de criză, sunt resimţite de persoană ca un fel de dezechilibru, de neputinţă, de piedică în adaptarea la viaţa de zi cu zi.

Consilierea implică un dialog şi un tip anume de relaţionare, care permit consilierului să ofere sprijin unei persoane consiliate spre a reuşi să treacă peste unele dificultăţi semnificativ importante, să-şi exploreze gândurile, emoţiile, comportamentele, dezvoltate în anumite situaţii speciale şi să le interpreteze dintr-o altă perspectivă, spre a găsi soluţii favorabile şi a lua decizii adecvate.

„Sfătuirea / consilierea este utilizarea cu abilitate şi principialitate a relaţiei pentru a favoriza cunoaşterea de sine, autoacceptarea emoţională, maturizarea şi dezvoltarea optimală a resurselor profesionale" (Asociaţia Britanică de Sfătuire, 1989, *apud* **C. Oancea**, 2002).

Consilierea psihologică se adresează adulţilor, copiilor, adolescenţilor şi vârstnicilor în egală măsură.

Consilierea psihologică se deosebeşte prin obiective, tehnici şi finalităţi de psihoterapie şi de consilierea educaţională.

În timp ce consilierea educaţională / şcolară este focalizată pe probleme de educaţie, formare şcolară, şi carieră, fiind realizată de către profesionişti cu pregătire non-psihologică (sociologi, pedagogi, profesori, educatori etc.), consilierea psihologică, realizată de către specialişti cu pregătire psihologică, vizează optimizarea vieţii personale, a relaţionării psihosociale, a păstrării sănătăţii mintale şi ameliorarea / rezolvarea problemelor şi dificultăţilor unei persoane, prin reglarea dimensiunii emoţionale a personalităţii şi prin autocontrolul comportamentului.

Consilierea educaţională, spre deosebire de consilierea psihologică, vizează procesul de orientare / învăţare care se adresează subiecţilor educaţionali (elevi, studenţi, adulţi care învaţă), ca şi partenerilor educaţionali ai acestora (părinţi, profesori, angajatori), cu scopul abilitării acestora cu cele mai eficiente metode, tehnici şi procedee de gestionare şi rezolvare a problemelor lor educaţionale.

Consilierea psihologică este similară psihoterapiei în multe privinţe, dar se şi deosebeşte de aceasta, deoarece psihoterapia este o intervenţie psihologică cu intensitate, urgenţă şi complexitate mai mare, prin care se modifică mecanismele psihologice implicate în sănătate şi boală şi în care psihoterapeutul practică intervenţia psihologică sanogenetică inclusiv în cazurile de tulburări psihice majore, în timp ce consilierul psihologic încearcă prevenirea apariţiei tulburărilor psihice şi sprijinirea persoanei în depăşirea problemelor, dificultăţilor şi impasurilor inerente dezvoltării personale, în autocunoaştere şi în adaptarea eficientă la mediu, prin optimizarea unor abilităţi şi capacităţi; psihoterapia are o arie mai mare de intervenţie pentru patologii specifice.

Consilierea psihologică (individuală, în grup, de grup, de cuplu, de familie) implică evaluarea cerinţelor (obiectivelor / scopurilor / problemelor / soluţiilor), conceptualizarea psihologică a acestora, construirea relaţiei de consiliere, consilierea propriu-zisă, evaluarea procesului şi a rezultatelor.

Obiectivele consilierii psihologice a persoanelor în dificultate sunt:

- promovarea sănătăţii fizice şi psihice;
- optimizarea, autocunoaşterea şi dezvoltarea personală;
- prevenţia şi sprijinul în rezolvarea problemelor emoţionale, cognitive şi de comportament;

- discutarea, interpretarea, raţionalizarea unor gânduri, frici, temeri, întrebări etc. ale persoanei, mai ales ale aceleia în dificultate, pe care, uneori, nu le poate discuta cu cei din jurul său;
- rezolvarea unor situaţii critice de viaţă sau de impas existenţial, a unor situaţii-limită sau a unor situaţii de risc, consilierea interferându-se în asfel de cazuri cu psihoterapia suportivă;
- consiliere personalizată pentru copiii si tinerii aflaţi în situaţii de criză familială, de inadaptare şcolară, socială, eşec şcolar, abandon şcolar, absenteism, tulburări de comportament şi indisciplină etc.;
- consiliere şi intervenţie educaţională în instituţii, organizaţii şi comunitate;
- managementul conflictului şi dezvoltarea spiritului de negociere în relaţionarea psihosocială;
- optimizarea relaţiilor dintre familie şi şcoală;
- evaluarea vocaţională (tabloul aptitudinal şi atitudinal individual);
- elaborarea profilului vocaţional personal, raportat la profilul ocupaţional şi medierea profesională în scopul integrării în muncă;
- orientarea şi consilierea vocaţională (formarea şi dezvoltarea încrederii persoanei în potenţialul profesional propriu, în vederea identificării perspectivelor sale de muncă conform abilităţilor, nevoilor şi aspiraţiilor sale;
- consiliere psihologică premaritală, importantă, alături de sfatul şi consilierea genetică, pentru persoanele cu deficienţe, boli responsabile de o deficienţă, boli cu etiologie genetică, unele boli rare etc, în care există un risc crescut de transmitere ereditară la copil; consilierea genetică vizează cunoaşterea şi managementul psihologic al riscului de a dezvolta tulburări care implică factori genetici şi consilierea viitorilor părinţi cu privire la riscul genetic pe care îl implică procreerea. Consilierea premaritală este oportună şi pentru tinerii angajaţi într-o relaţie de prietenie în scopul legalizării ei prin căsătorie;
- consiliere şi asistenţă a bolnavilor cu boli grave, în faza terminală;
- consiliere pentru creşterea complianţei la tratament a bolnavilor cu unele boli grave (cancer, SIDA, boli renale care necesită dializă etc.);
- consiliere pentru pregătirea preoperatorie în cazul unor intervenţii complicate şi cu mare risc vital;
- consiliere pentru modificarea stilului de viaţă.

Consilierea în cazul copiilor cu dificultăţi de învăţare include informarea şi abilitarea copiilor / elevilor şi părinţilor cu cunoştinţele necesare şi cu instrumentele cunoaşterii şi autocunoaşterii, rezolvarea unor posibile probleme socio-emoţionale, organizarea şi punerea în aplicare a planurilor personalizate de corectare, remediere, ameliorare a abilităţilor şi deprinderilor generale şi particulare de învăţare, orientarea spre anumite tipuri de şcoli şi spre servicii suplimentare (medicale, psihoterapeutice, de asistenţă socială etc.) atunci când este nevoie, consilierea profesorilor, educatorilor, familiei şi a altor persoane care pot sprijini copilul în activitatea de învăţare (specialişti în recuperarea şi corectarea dificultăţilor de învăţare, consilierul psihopedagog, logopedul, profesorul de sprijin, profesorul itinerant etc.).

Conform diferitelor modele de intervenţie în dificultăţile de învăţare sunt concepute programe / planuri individualizate / personalizate, care se aplică direct elevilor de către profesorul consilier şi programe care sunt aplicate de către cadrul didactic, cu sprijinul consilierului, conţinând identificarea problemei, a cauzelor care au produs-o şi care o menţin, acţiunile şi instrumentele specifice intervenţiei de remediere, de corectare şi de eliminare, pe cât posibil, a dificultăţilor de învăţare.

Consilierea psihologică pentru orientarea / reorientarea / reconversia profesională şi consilierea vocaţională sunt necesare pentru multe categorii de persoane în dificultate (persoane deficiente, bolnavi somatic şi bolnavi psihic, remişi parţial sau total, care pot presta o muncă adecvată stării lor de sănătate, şomeri, persoane eliberate din detenţie care pot fi recuperate şi prin inserţie socio-profesională etc.), ele vizând orientarea, pregătirea şi susţinerea integrării în muncă şi în grupurile de muncă, precum şi dezvoltarea interesului şi activităţii pentru vechea sau noua meserie sau profesie, corespunzătoare aptitudinilor, valorilor şi intereselor profesionale.

De asemenea, consilierea pentru carieră urmăreşte indentificarea alternativelor ocupaţionale complementare structurii de interese, aptitudini şi trăsături dominante de personalitate, conturarea pozitivă şi realistă a imaginii de sine, identificarea cauzelor, naturii şi amplorii barierelor / blocajelor decizionale în aria ocupaţiilor, compensarea lipsei, incompletitudinii sau deformării informatiilor, atenuarea stereotipurilor cu privire la piaţa muncii, identificarea surselor de insatisfacţie profesională, a dificultăţii de relaţionare socială şi de asumare a diferitelor roluri.

Consilierea clinică strategică este un tip de intervenţie psihologică, de obicei, de scurtă durată, orientată spre rezolvarea problemelor şi situaţiilor problematice ale unei persoane în dificultate prin restructurarea şi modificarea modului de percepere a realităţii şi a reacţiilor comportamentale inadecvate şi prin reinterpretarea pozitivă a acestora (G. Nardone, P. Watzlawick, 1990).

Consilierea pentru persoanele ale căror dificultăţi derivă din stresul traumatic, după traversarea unor situaţii-limită, implică orientarea spre activităţi, unele chiar banale, spre exprimarea emoţiilor negative, spre comunicare, spre renunţarea la amintirile neplăcute legate de evenimentele traumatizante etc.(J. Mitchell, 2001).

Procedeul, denumit „analiza incidentelor critice" (Critical Stress Debriefing), este una dintre cele mai răspândite modalităţi de intervenţie psihologică în situaţii posttraumatice, alături de intervenţiile terapeutice; etapele unei astfel de intervenţii, puternic structurate, urmăresc, succesiv, evocarea faptelor, a ecourilor cognitive, a reacţiilor comportamentale şi emoţionale generate de acestea şi desprinderea unor concluzii, concomitent cu recomandări utile procesului de reintegrare intra şi interpersonală (Guera, Leonhardt, 2004).

Consilierea în mediul penitenciar se bazează pe strategii coerente de management a dificultăţilor ce rezultă din privarea de libertate şi din condiţiile specifice mediului de detenţie (mai ales pentru delincvenţii minori) şi pe promovarea sănătăţii mentale; recent, autorităţile din mai multe state europene şi nord-americane au adoptat ghiduri privind standarde minime şi bune practici în ceea ce priveşte serviciile care se adresează sănătăţii mentale în mediul penitenciar, în conformitate cu principii ştiinţifice, etice şi legale (**Livingston**, 2009). De asemenea, consilierea vizează şi pregătirea personalului (profesional şi paraprofesional) din mediul penitenciar pentru identificarea, prevenirea şi managementul tulburărilor mentale.

Consilierea familiei joacă un rol foarte important, mai ales în condițiile în care, în familia modernă, status-urile și rolurile au suferit schimbări notabile, îndeosebi în sensul declinării competenței educației copilului asupra instituțiilor preșcolare și școlare sau asupra centrelor de îngrijire socială abilitate.

Consilierea copilului în dificultate are scopul de a-l ajuta să depășească diverse momente dificile, să își descopere și să învețe să își valorifice resursele în diferite etape de dezvoltare și consolidare a personalității, mai ales în etapele sensibile și critice, în care pot apărea blocaje emoționale, dificultăți școlare, un mod conflictual de relaționare etc.

Cu referire la copiii în dificultate (copiii cu o deficiență sau cu deficiențe asociate, cu surdocecitate, mai ales, copiii cu boli grave, ca autism, ADHD, cancer, SIDA și cu dificultăți de adaptare, copiii cu dificultăți de învățare, copiii orfani sau cei proveniți din familii în dificultate materială, copiii străzii etc.), ***consilierul psihologic are o serie de atribuții speciale în luarea unor măsuri în beneficiul acestor copii :***

- respectarea drepturilor copilului, ca subiect familial și societal activ;
- adaptarea disciplinei și a stilului educațional parental la problemele și personalitatea copilului și întemeierea lor pe toleranță, înțelegere, motivarea regulilor etc.;
- abordarea ecologică în creșterea, îngrijirea și asigurarea / consolidarea sănătății copilului;
- crearea unui climat întemeiat pe afecțiune, pe acceptarea copilului și a problemei lui, pe implicarea / responsabilizarea ambilor părinți în creșterea, îngrijirea și educarea copilului;
- gestionarea timpului și includerea copilului în activități gospodărești, școlare, de loisir etc.;
- limitarea consumului media, internet, jocuri electronice, pentru evitarea dependenței și izolării sociale a copilului;
- prevenirea / rezolvarea conflictualității interparentale sau intrafamiliale fără implicarea copilului și fără afectarea echilibrului său emoțional;
- eliminarea oricărei forme de violență domestică și preîntâmpinarea oricărei forme de abuz exercitat asupra copilului.

1.3.5. Funcția psihoterapeutică a intervențiilor psihologice

Psihoterapia este una dintre ***ramurile aplicative ale psihologiei***, care s-a dezvoltat, alături de psihopatologie, la confluența dintre psihologie și psihiatrie, inițial fiind concepută ca o modalitate de intervenție terapeutică în cazul bolnavilor psihic, complementară tratamentului psihofarmacologic.

În sens larg, psihoterapia poate fi definită ca o atitudine psihologică (de susținere, de îngrijire), în timpul unui act medical.

În sens restrâns, ca specialitate medicală, psihoterapia este o formă de tratament a suferinței psihice prin mijloace strict psihologice, care presupune o relație de îngrijire a clientului de către psihoterapeut printr-o acțiune psihologică sistematică, structurată, având la bază un sistem teoretic-conceptual bine pus la punct. Psihoterapia este un proces complex de tratament, de mai lungă durată, centrat fie pe reducerea unor simptome

jenante pentru pacient sau a unor inhibiţii, fie pe reechilibrarea şi pe reconstrucţia personalităţii.

Conform Federaţiei Române de Psihoterapie (FRP), psihoterapia este un domeniu interdisciplinar, situat la graniţa dintre *medicină* şi *psihologie*, o modalitate de *tratament* cuprinzător, deliberat şi planificat prin mijloace şi metodologii ştiinţifice, având un cadru clinic şi teoretic fiind centrată pe reducerea sau eliminarea unor simptome, tulburări mintale, stări de *suferinţă* psihosociale, psihosomatice şi *comportamente* disfuncţionale .

În literatura de specialitate, ***psihoterapia*** este definită ca un demers complex, structurat şi organizat, uzând de tehnici şi mijloace specifice, realizat de către o persoană cu pregătire de specialitate şi cu acreditare în domeniu, care are ca finalitate reducerea sau eliminarea unui simptom, restructurarea unor trăsături de personalitate patologică, reechilibrarea şi reconstrucţia personalităţii sau dezvoltarea personală, în cazul normalităţii.

Conform Regulamentului Colegiului Psihologilor din România, psihoterapia este intervenţia psihologică, realizată ştiinţific şi în spirit umanist, în scopul optimizării, autocunoaşterii şi dezvoltării personale, al modificării factorilor psihologici implicaţi în tulburările psihice, psihosomatice, somatice şi în situaţii de risc (Art. 18.).

Psihoterapia se aplică în cazul unei arii largi de afecţiuni sau boli psihice, somatice şi psihosomatice, persoanei alienate, căreia îi dezvoltă capacitatea de orientare în viaţă şi de resocializare, persoanei cu diferite deficienţe sau handicapuri, persoanei care se confruntă cu dificultăţi şi probleme deosebite etc., dar şi persoanei normale psihic, în impas existenţial, cu dificultăţi de comunicare şi relaţionare, cu probleme de adaptare şi integrare familială, şcolară, profesională sau socială, cu derute, nemulţumiri, îngrijorări sau care traversează o situaţie dramatică.

Ideea de restructurare a personalităţii poate însemna modificarea sau ameliorarea unor structuri de personalitate patologică sau optimizarea unor trăsături ale personalităţii indivizilor normali.

Evoluţia psihoterapiei din ultimul timp şi diversificarea tehnicilor psihoterapeutice au condus spre utilizarea ei şi în afara spitalelor de psihiatrie, mai ales în domeniul sănătăţii mentale, ca modalitate de autocunoaştere, de optimizare personală şi de rezolvare a unor probleme personale sau relaţionale, care nu au intensitate şi amploare patologică („psihoterapie a normalului").

Psihoterapia, numită generic „tratament fără medicamente", este o formă de intervenţie psihologică sistematică, structurată, planificată, fundamentată de un sistem teoretic-conceptual riguros ştiinţific, aplicată în mod deliberat şi în conformitate cu normele Codului deontologic, în limitele relaţiei psihoterapeutice şi vizând scopuri legate de consolidarea stării de sănătate a celor care utilizează serviciile psihoterapeutice.

Psihoterapia nu trebuie confundată cu sprijinul afectiv, oferit de un prieten, cu sfatul calificat al doctorului care însoţeşte asistenţa medicală, cu sfatul profesorului, al consilierului sau al părinţilor şi nici cu îndrumarea religioasă a duhovnicului, toate acestea soldate cu efecte benefice asupra omului aflat în suferinţă, dar realizate la nivelul bunului-simţ, psihoterapia, fiind un demers ştiinţific, aplicat sistematic, pe baza unui plan terapeutic, de către un psihoterapeut calificat.

Aşa cum s-a relevat deja, psihoterapia trebuie diferenţiată şi de consilierea psihologică, o activitate intensivă de acordare a asistenţei psihologice pentru persoane

normale care vor să devină mai eficiente; psihoterapia se aplică în cazul unor persoane în difcultate, care se confruntă cu boli somatice, psihosomatice şi psihice, cu deficienţe, probleme de viaţă deosebit de grave etc., fiind un proces complex, de mai lungă durată, centrat pe reducerea unor simptome, pe reechilibrarea şi reconstrucţia personalităţii pacientului.

Există un număr mare de tehnici de psihoterapie, care sunt grupate, în general, în funcţie de şcoala / curentul / teoria care le fundamentează, existând astfel: psihoterapii cognitiv-comportamentale (psihoterapie raţional-emotivă şi comportamentală, psihoterapie cognitivă, psihoterapie comportamentală etc.), psihoterapii dinamice (psihoterapie psihanalitică, psihoterapie analitică, terapii dinamice de scurtă durată etc.), psihoterapii ericksoniene (psihoterapie ericksoniană, hipnoza ericksoniană etc.), psihoterapii de relaxare (training-ul autogen Schultz, relaxarea progresivă Jacbson etc.), psihoterapii scurte (terapia scurtă, focalizată pe soluţie, orientată pe competenţe şi resurse, abordările constructivist-colaborative şi narative etc), psihoterapii umanist-existenţiale, experienţiale, sistemice şi transpersonale (gestalterapie, logoterapie, psihodrama, psihoterapie experienţială, analiza tranzacţională etc.). Unele dintre aceste tehnici sunt individuale, persoana cu probleme emoţionale şi / sau de comportament participă la şedinţe de psihoterapie în mod individual), altele de grup (cuplurile şi/sau familiile, microgrupurile care trec prin dificultăţi psihologice) sau aplicate în grup (persoanele care au probleme emoţionale şi/sau de comportament alcătuiesc un grup psihoterapeutic).

Intervenţiile tipice, abordate în toate aceste forme de psihoterapie se referă la tulburări de anxietate (fobii simple şi sociale, panică, anxietate generalizată, stres acut şi/sau postraumatic etc.), tulburări afective (tulburări depresive, labilitate emoţională), tulburări ale comportamentului alimentar, tulburări sexuale, tulburări de adaptare, tulburări de personalitate, tulburări legate de substanţă (alcoolism, consum de droguri etc.), ADHD, autism, agresivitate etc.

Pe lângă acestea, se pot aborda, prin psihoterapie, şi tulburări psihosomatice care implică, în etiopatogeneză, factori psihologici, precum şi stări legate de intervenţii medicale (pregătirea psihică preoperatorie sau susţinerea psihică a bolnavului după intervenţiile chirurgicale).

De la jumătatea secolului al XX-lea şi până în prezent, diversitatea orientărilor în psihoterapie a crescut şi mai mult, fiecare tehnică în parte vizând dezvoltarea armonioasă a persoanei şi contribuind la uşurarea suferinţei psihice şi la reducerea efectelor dificultăţilor de orice fel, la integrarea personală în situaţiile vieţii curente în care fiecare persoană trebuie să-şi asume responsabilităţi şi să performeze roluri la un nivel cât mai înalt şi competitiv.

Obiectivele psihoterapiei, în cazul persoanelor în dificultate, constau în:

- ***reducerea sau eliminarea simptomelor;***
- ***modificarea opiniilor eronate*** ale persoanelor în dificultate despre ele însele, despre cei din jurul lor şi despre lumea înconjuratoare;
- ***scoaterea persoanei din criza existenţială în care se află*** (bolnavi, bătrâni, şomeri, săraci, copii abandonaţi, maltrataţi, abuzaţi etc.);
- reducerea (sau înlăturarea, dacă este posibil) ***a acelor condiţii de mediu care produc sau menţin comportamentele de tip dezadaptativ;***

- ***rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice*** ale persoanelor cu boli somatic, psihosomatice, psihice;
- ***întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității*** persoanelor vulnerabile;
- ***dezvoltarea unui sistem clar al identității personale*** la copii, la bătrâni, la bolnavii psihic;
- ***modificarea structurii personalității,*** în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare la mediu eficientă, în cazul delincvenților minori, al adolescenților, al persoanelor consumatoare de alcool, droguri etc.;
- ***activarea și dezvoltarea resurselor personale,*** în cazul bolnavilor psihic, în scopul unei adaptări mai eficiente și al unei integrări satisfăcătoare în spațiul lor de viață;
- ***dezvoltarea personalității***, descoperirea și realizarea unor disponibilități psihice latente, obținerea independenței și autonomiei, maturizarea și adaptarea la un nivel superior față de cerințele vieții cotidiene a persoanelor în dificultate;
- ***adaptarea mai eficientă a persoanei în dificultate*** (persoane cu deficiențe, copiii bolnavi, persoanele care au consumat droguri, alcool, bolnavii psihic remiși și reintegrați în diferite structuri sociale etc.) la mediul său de viață, la obținerea independenței, autonomiei și maturității psihice în luarea deciziilor personale;
- ***intervenții psihoterapeutice de susținere în situații de urgență*** (abandon, abuz, violență etc.) și în situații de dificultate cronică (deficit cronic de resurse, situații de sărăcie, persoane dependente de drog care doresc să renunțe, persoane eliberate din închisoare, mame singure, etc., copii orfani etc), toate acestea implicând și alte activități cu rol benefic în astfel de situații, realizate în echipă multidisciplinară, constituită din specialiști din domenii diferite;
- ***stăpânirea și controlul fobiei față de școală***, de contextul școlar și față de învățătură (în cazul copiilor cu diferite deficiențe, al copiilor abandonați, abuzați, al copiilor cu dificultăți de învățare etc.);
- ***reducerea sensibilității emoționale*** (în cazul copiilor care suferă de timiditate excesivă, al persoanelor care au traversat situații-limită, al copiilor cu boli grave spitalizați pentru lungi perioade de timp etc.) prin stimularea expresivității și creativității (prin meloterapie, artterapie, dansterapie, ludoterapie), prin trăirea stărilor afective pozitive și formarea unor reacții și răspunsuri comportamentale, potrivite și sănătoase, față de unii stimuli anxiogeni sau stresanți, prin activarea și optimizarea capacităților de autocunoaștere, relaționare și comunicare interpersonală, prin dezvoltarea unei atitudini pozitive față de sine, ca o persoană unică și valoroasă și prin exersarea modelelor adaptative de comportament și a abilităților de afirmare și de autocontrol;

- ***mobilizarea resurselor şi a percepţiilor personale*** (o stimă de sine ridicată, mecanisme de coping puternice, abilităţi de rezolvare a problemelor, sentimentul că viaţa are scop şi sens, sentimentul de siguranţă etc.), mai ales în cazul deţinuţilor, al bolnavilor psihic, al persoanelor cu deficienţe congenitale etc.;
- ***susţinerea şi consolidarea actului educaţional terapeutic***, în cazul copiilor în dificultate de vârstă şcolară, determinând, astfel, atât redresarea eficienţei intelectuale, cât şi readaptarea socio-afectivă şi restructurarea personalităţii şi a comportamentului şcolar; în plus, în cazul copiilor cu diferite deficienţe, mai ales la începutul şcolarităţii, dar şi în celelalte etape şcolare, psihoterapia reprezintă şi cadrul în care se pot produce şi se pot consolida efectele compensării. În aceeaşi ordine de idei, terapia prin învăţare joacă un rol deosebit, psihoterapia însăşi fiind, în fapt, o relaţie de predare-învăţare, un dialog prin care sunt induse modele de gândire, concepţie, decizie, acţiune, comportament, rezolvare de probleme;
- ***recuperarea, prin schimbarea comportamentului şi exersarea abilităţilor sociale şi comunicaţionale***, în cazul copiilor cu ADHD şi a celor cu tulburări din spectrul autismului, prin exerciţii terapeutice de concentrare a atenţiei, prin tehnici de relaxare şi, mai ales, prin tehnici ale terapiei comportamentale.

  În „Treatment Guidelines for Attention Deficit Hyperactivity Disorder" al Academiei Americane de Pediatrie se specifică, în mod clar, că un plan de îngrijire pentru copiii cu ADHD ar trebui să includă intervenţii psihologice, împreună cu orice medicamente prescrise. De asemenea, unele studii indică faptul că utilizarea interventiilor psihoterapeutice, de natură comportamentală, poate reduce doza de medicamente necesare pentru tratamentul eficient. În „The Mutlimodial Treatment Study of ADHD" condus de NIMH (National Institute of Mental Health), 33% din copiii cu ADHD au fost „normalizati", beneficiind doar de tratament psihologic, fără nici o medicaţie, 68% s-au normalizat, ca urmare a unor medicamente, combinate cu tratament psihologic, iar 56% au fost trataţi doar cu medicamente fără interventie psihologică.

  Se propune ca modalitate eficientă, sistemul de recompense şi sancţiuni (ABA) pentru a modifica comportamentul unui copil, părinţii (sau profesorul) trebuind să identifice câteva comportamente de dorit la copil, pe care să le încurajeze. Copilul va face ceea ce este de aşteptat, în scopul de a câştiga recompensa.
- ***prevenţia sau tratamentul tulburărilor emoţionale la deţinuţi*** – prin tehnici cognitiv-comportamentale şi / sau spirituale, prin dezvoltarea de aptitudini şi folosirea resurselor personale ale acestora, prin învăţarea de strategii de comunicare anti-bullying (bullying – agresiune fizică, verbală, de tip manipulativ, sub forma unor zvonuri etc., repetată, împotriva unei persoane aflate într-o poziţie mai slabă decît cel / cei care agresează) şi anti-mobbing (agresiune şi comportament abuziv prin care se urmăreşte anihilarea celui ce este văzut ca o ameninţare), prin creşterea bunăstării emoţionale şi fizice, prin

îmbunătăţirea abilităţilor de a se confrunta cu situaţiile dificile sau stresante, prin creşterea încrederii şi îmbunătăţirea abilităţilor sociale; de asemenea, trebuie exersată abilitatea lor de a folosi într-un mod constructiv timpul petrecut în închisoare şi de a construi planuri realiste pentru viitor, vizând o mai bună incluziune socială după perioada de încarcerare şi creşterea probabilităţii de reabilitare;

- ***creşterea complianţei farmacologice şi, în cele mai multe cazuri, diminuarea necesarului de medicaţie la bătrâni,*** prin tehnici terapeutice de relaxare, de psihoterapie cognitiv – comportamentală, de psihoterapie de grup, mai ales datorită fragilităţii pacientului vârstnic, la care se pot dezvolta interacţiuni medicamentoase, probleme nutriţionale, comorbidităţi patologice etc., care limitează mult efectele benefice ale tratamentului;
- ***evidenţierea laturilor pozitive ale personalităţii sportivului de performanţă*** care şi-a pierdut încrederea în sine după unul sau mai multe eşecuri repetate, tendinţa generală a acestuia fiind de a-şi minimaliza propriile resurse sau reuşite.

Efectele benefice ale oricărei forme de psihoterapie, aplicate unei persoane normale sau în dificultate, ***se evaluează prin trei criterii principale*** **(Strupp, H. H. & Hadley, S. W.):**

- ***trăirile subiective ale pacientului*** (reducerea sau dispariţia simptomelor, sentimentul că se simte mai bine, că este mai mulţumit, mai fericit, mai împăcat cu sine şi cu cei din jur);
- ***recunoaşterea socială*** (membrii familiei, prietenii, medicul observă şi recunosc progresele realizate de către pacient în profesie, în familie, la învăţătură etc.);
- ***materializarea expectaţiilor psihoterapeutului*** în ceea ce priveşte modificările realizate în sfera personalităţii şi în comportamentul subiectului.

2. CONDIŢII ŞI INTERVENŢII PENTRU EVITAREA STRESULUI

„A trăi o zi de relaxare netulburată înseamnă a trăi o zi de nemurire."
Proverb Chinezesc

2.1. Noţiuni generale privitoare la stresul psihic

Organismul uman reprezintă o unitate psihofiziologică, un sistem a cărui adaptare la mediu este asigurată de interacţiunea subsistemelor care îl compun. În consecinţă, este foarte dificil să identificăm stresul psihic primar, care constă într-un conflict emoţional – produs, de exemplu, de ameninţare sau frustrare – generator de tensiuni psihice sau tulburări psihosomatice, de stresul psihic secundar, produs de o deficienţă fizică dobândită. Adaptarea organismului presupune o coordonare armonioasă a diferitelor funcţii, integrarea lor în acte comportamentale, orientate către satisfacerea diverselor motivaţii. Atunci când apare, însă, un obstacol intern sau extern în calea realizării

scopului propus sau când integritatea organismului este ameninţată generează conflictul emoţional sau tensiunea nervoasă. Aceasta se exprimă atât ca trăire subiectivă, la nivelul comportamentului, cât şi ca modificări la nivelul funcţiilor organismului. (**R. Floru**, 1974). Prin urmare, din acest punct de vedere putem interpreta condiţiile şi modalităţile de intervenţie pentru evitarea stresului ca fiind o serie de acţiuni care se adresează atât psihicului, prin modalităţi terapeutice diverse, cât şi fizicului, prin adoptarea unor strategii de diminuare a efectelor stresului la nivelul organismului.

Walter Bradford Cannon, unul din cei mai mari fiziologi ai Americii de Nord, profesor la Harvard, a studiat la om şi la animale un număr de variabile fiziologice, în funcţie de o serie de situaţii psihologice experimentale. Spre deosebire de abordarea de mediatizare neurologică a lui Pavlov, Cannon (1929) insistă asupra corelaţiei stricte între o variabilă fiziologică şi un parametru psihologic. Pentru a depăşi situaţia care a provocat anxietatea, teoreticienii stresului au propus două situaţii:

1. pregătirea în vederea acţiunii (atacul) şi
2. fuga de acţiune, sau întoarcerea la o situaţie de dependenţă, ca cea a copilului mic care se refugiază lângă mama sa pentru a se proteja, în loc să facă faţă singur pericolului.

Pentru Cannon (1929), prima reacţie emoţională este legată de o recrudescenţă a activităţii simpatice, iar cea de-a doua, de o creştere a excitaţiei parasimpatice. Lucrările lui Cannon au facilitat cercetările ulterioare ale lui Hans Selye, părintele teoriei stresului.

Hans Selye, student la medicină la Universitatea din Praga, în anii `20, a fost intrigat de "sindromul general de maladie", care i se părea a fi un răspuns nespecific al organismului la boală pornind de la observarea unor subiecţi atinşi de diferite boli infecţioase, care prezentau toate o simptomatologie comună, fără semne specifice.

Observaţia aceasta, făcută de un tânăr student medicinist, ar fi putut rămâne fără urmări, deoarece Selye s-a lansat în cercetări asupra hormonilor sexuali, pornind de la experienţa pe şoareci. Respectivele cercetări nu au dat rezultate, dar prezenţa unor manifestări organice alăturate observaţiilor sale anterioare, l-au determinat pe Selye să înţeleagă mecanismul apariţiei acestui sindrom general, indiferent de agresor. El studiază, aşadar, efectele diferiţilor agenţi agresori, cum ar fi: traumatismele, arsurile, razele X, frigul, şi descrie într-un articol apărut în „Nature" (1936) totalitatea răspunsurilor nespecifice provocate de un agent fizic agresiv, oricare ar fi acesta. Defineşte, astfel, ceea ce el va numi "sindromul general de adaptare". Abia în anii 50, Selye ajunge părintele stresului; în scrierile sale el nu va folosi niciodată acest termen care, la timpul respectiv, avea o conotaţie mai curând psihologică decât biologică. Între anii 1946 şi 1950, el elaborează ansamblul teoriei sale în care dezvoltă mai întâi ipoteza că maladiile zise de adaptare ar putea fi produse de reacţii de adaptare anormale, prilejuite de un stres, în sensul unui stimul sau agent care provoacă o reacţie a organismului; apoi, în prima sa carte, intitulată „Stress", foloseşte acest cuvânt în sensul de condiţie în care organismul răspunde la diferiţi „stressors" sau agenţi de stres.

În anul 1935, Selye a introdus conceptul de stres ca sindrom sau ansamblu de reacţii fiziologice nespecifice ale organismului la diferiţii agenţi nocivi ai mediului, de natură fizică sau chimică. Formularea datorată lui Selye a introdus conceptul de stres în vocabularul ştiinţific, inaugurând, astfel, cei peste cincizeci de ani de cercetări la scară internaţională, în numeroase ramuri ale medicinii şi ştiinţelor sociale.

Sindromul general de adaptare (SGA) este o configuraţie specifică a procesului şi stărilor fiziologice care survin ca răspuns la o serie de stimuli externi sau "stresori". Inspirându-se din observaţiile lui Cannon, H. Selye distinge trei faze secvenţiale de adaptare a organismului la orice schimbare a mediului înconjurător: o fază de alarmă, o fază de rezistenţă şi o fază de epuizare. Faza de alarmă, sau „faza de şoc", este caracterizată de tahicardie, o diminuare a tonusului muscular şi o scădere a temperaturii corpului, de formarea unor ulceraţii gastrice sau intestinale, descreşterea concentraţiei sangvine, de anurie, de edeme de hipoclorhidrie, de leucopenie, urmată de o hiperleucocitoză, de anidoză, de o hiperglicemie tranzitorie şi, în final, de o diminuare a zahărului din sânge şi de descărcare de adrenalină a medulo-suprarenalei. Potrivit părerii lui Selye, rezistenţa organismului era rezultatul metabolismului catabolic, care stimulează o descărcare corticotrofică a lobului anterior al hipofizei, inducând o secreţie excesivă a hormonilor corticosuprarenali. Această secreţie face să crească rezistenţa organismului.

Ajungem, astfel, la faza de rezistenţă a organismului: caracteristicile sale sunt creşterea activităţii şi mărirea volumului corticosuprarenalei, o involuţie rapidă a timusului şi a altor organe limfatice, ca şi schimbarea majorităţii simptomelor caracteristice primei faze. Dacă "stresorii" persistă, rezistenţa la stimuli creşte, datorită hormonilor corticali.

Cea de-a treia fază, sau faza de epuizare, urmează după o acţiune prelungită a agenţilor stresori. Imediat ce apar aceste simptome, reapar leziunile caracteristice fazei de alarmă şi poate apărea inclusiv decesul (**R. Floru**, 1974).

Conceptele dezvoltate de Hans Selye au fost criticate de psihosomaticieni şi de cercetătorii în domeniul psihopatologiei adaptării. Există, cu siguranţă, mai multe moduri de reacţie şi mulţimea mecanismelor ne indică existenţa unei legături strânse între diferitele moduri de activare hormonală şi unele strategii comportamentale elementare, cu alte cuvinte, strategii de răspuns la stres.

Pentru psihologi şi psihosomaticieni, constrângerile exterioare, sau stresorii, sunt identificabili sau măsurabili şi pot fi asimilaţi unor traumatisme mai mult sau mai puţin importante, în funcţie de sursele de stres. Oricum, ele fac trimitere la realitatea exterioară. Şi reacţiile organismului au fost bine descrise şi identificate; nu acelaşi lucru se poate spune despre reacţiile individuale, variabile de la un subiect la altul, în funcţie de ereditate, vârstă, antecedente patologice, istoricul familiei personale şi, mai ales, structura mentală; pe scurt, despre structura personalităţii subiectului respectiv şi despre mecanismele sale de apărare mentală.

Timp de foarte mulţi ani, Selye a continuat să studieze efectul agenţilor de stres sau „stresori" asupra organismului, pornind de la cercetări asupra omului şi asupra animalelor. În 1974, el a extins conceptul său despre agenţii nocivi ai mediului înconjurător, cu scopul de a include şi solicitările externe, care ar depăşi un anumit nivel de intensitate, afectând astfel organismul uman, fiind însă mai puţin interesat de evenimentele şi situaţiile simbolice şi sociale. El insistă, astfel, mai degrabă asupra universalităţii sindromului general de adaptare, decât asupra deosebirilor individuale, ca răspuns la factorii de stres sau stresori. (**Jean Benjamin Stora**, 1999)

În perioada următoare expunerii lui Selye, au fost descoperite mecanisme mai complexe, fără ca prin aceasta să fie modificată schema de bază, şi anume faptul că, oricare ar fi numărul şi varietatea stresorilor, organismul uman nu are decât un singur tip

de mecanism fiziologic de apărare, care depinde, în principal, de integritatea glandei cortico-suprarenale, a cărei hiperactivitate este răspunzătoare de tulburările de adaptare. În concluzie, organismul uman este victima excesului propriilor sale mecanisme de apărare biologice (**P. Derevenco, I. Anghel, A. Băban**, 1992).

2.2. Efectele stresului asupra organismului

Stresul poate produce o serie de efecte, de la nivel fiziologic până la nivel psihic discret. Unul dintre cei care a demonstrat ştiinţific o serie de efecte ale stresului a fost J.B.Stora (1999).

Diferite feluri de stresori, din mediul înconjurător, ai subiectului provoacă o serie de răspunsuri din partea subiectului de genul:

a) Stimularea sistemului nervos parasimpatic prin apariţia simptomelor sub formă de: ulcer gastric, constipaţie, diaree, colită, stare de oboseală, astm.
b) Reacţia de luptă sau de fugă inhibată prin stimularea sistemului nervos simpatic sub formă de: migrene, hipertensiune, artrită, diabet, sincopa prin vasodepresie.
c) Reacţia de luptă sau de fugă neinhibată prin folosirea sistemelor de neurotransmiţători: serotonina, acetilcolina noradrenalină, dopamina.
d) Răspuns comportamental adaptat care presupune întoarcerea la normal.

Tabelul nr. 1 **Principalii markeri clinici ai stresului psihic**

Mimica	- crispată - anxioasă - depresivă
Modificări musculare	- tensiune musculară - dureri musculare - mişcări involuntare
Comportament	- conduite active (logoree, furie, agitaţie motorie) - conduite pasive (ameţeli, blocaj, vertij) - conduite paradoxale (active şi pasive) - agresivitate - pasivitate - accidente - deteriorarea relaţiilor interpersonale
Constante cardio - respiratorii	- frecvenţa respiraţiei (apnee, hiperventilaţie) - puls (tahicardie, bradicardie, extrasistole) - tensiune arterială (creştere, colaps)
Alte tulburări neuro-vegetative la stres	- tulburări vasomotorii - modificări ale vocii, tulburări de glutiţie - greţuri, vărsături, colici, diaree - polifagie, inapetenţă
Tulburări psihice	- tulburări de atenţie şi memorie - afecte: plâns, râs - anxietate, depresie, obsesii, insomnii, coşmaruri - nehotărâre, decizii contradictorii sau pripite - creativitate scăzută, blocaj ideaţional

Enumerarea exemplelor din tabelul nr. 1 nu este, desigur, completă; influenţele depind atât de intensitatea şi caracterul agenţilor stresanţi, cât şi de particularităţile individuale de vulnerabilitate şi rezistenţă.

Tabelul nr. 2 **Influenţe şi manifestări generale ale stresului**

1. Influenţe asupra personalităţii: agitaţie, agresivitate, apatie, depresie, oboseală, deziluzie, sentiment de culpabilitate, iritabilitate, tensiune psihică, autoevaluare negativă, nervozitate, alienare	2. Influenţe asupra comportamentului: vulnerabilitate la accidente, dependenţă de alcool şi narcotice, crize emoţionale, bulimie sau anorexie, fumat excesiv, comportament impulsiv, tremor
3. Efecte cognitive: incapacitatea de a lua decizii, lipsă de concentrare, amnezii, hipersensibilitate la critici, inhibiţie/blocaj mental	4. Efecte fiziologice: niveluri crescute de CA şi CS în sânge şi urină, hiperglicemie, tahicardie, PA mărită, uscăciune în gură, hipertranspiraţie, midriază, dispnee şi hiperventilaţie, valuri de căldură sau friguri, furnicături în extremităţi
5. Influenţe asupra sănătăţii: dureri toracice şi dorsale, diaree, vertije şi leşin, micţiuni frecvente, cefalee şi migrene, insomnii, coşmaruri nocturne, impotenţă, amenoree. Boli psiho-somatice propriu-zise	6. Influenţe asupra capacităţii de muncă: lipsă de concentrare, conflicte la locul de muncă, productivitate scăzută, frecvente accidente profesionale, insatisfacţie, instabilitate/fluctuaţie

Tabelul nr. 3 **Efectele stresului la nivelul mintal**

Reacţia de apărare	Faza de epuizare
- rezistenţă, concentrare, creativitate reîntărite, în urma creşterii secreţiei de adrenalină	- oboseală, surmenaj, gândim mai puţin clar, devenim pesimişti. - devenim indecişi, amânăm deciziile - facem greşeli nejustificate - uitare, insomnie - scade capacitatea de concentrare - luăm decizii pripite - ne focalizăm pe gândirea pe termen scurt şi n-o mai folosim pe cea pe termen lung - nu anticipăm rezultatele acţiunilor şi vorbelor noastre - ne pierdem capacitatea de a sintetiza şi de a gândi abstract

Tabelul nr. 4 **Efectele stresului la nivelul emoţional**

Reacţia de apărare	Faza de epuizare
- suntem bine dispuşi, încrezători, aparent motivaţi	- iritabilitate - nervozitate, depresie, anxietate - pierderea încrederii în noi, în ceilalţi, cinismul - scăderea satisfacţiilor - lipsă de entuziasm şi motivaţie - teamă nedefinită - umor nejustificat - lipsă de motivaţie în activitate

Tabelul nr. 5 **Efectele stresului la nivelul comportamental**

Reacţia de apărare	Faza de epuizare
- avem un mai mare spirit de iniţiativă şi creativitate - creşterea eficacităţii - flexibilitate mai mare	- nu avem linişte şi calm interior - dezechilibru, lipsă de energie - suntem ostili faţă de mediul obişnuit în care trăim. - nu suntem sociabili, nu comunicăm, dorinţă de izolare - nu avem randament - probleme în familie - consum mărit de ţigări şi alcool, chiar de droguri. - absenteism

Tabelul nr. 6 **Efectele stresului la nivelul fiziologic**

Reacţia de apărare	Faza de epuizare
- acceleraţia ritmului cardiac - diminuarea funcţiei intestinale - o mai bună funcţionare a plămânilor - rezistenţă mai mare la durere - creşterea energiei printr-o mai bună gestionare energetică - imunitate întărită	- adrenalina creşte concentraţia acizilor graşi liberi, a colesterolului şi trigliceridelor. Aceasta duce la acceleraţia ritmului cardiac, dureri în piept, hipertensiune, tromboză, aritmie cardiacă, astm, hiperventilaţie, dureri de stomac, de spate, de cap, musculare, moarte subită ca urmare a unei fibrilaţii ventriculare, infarct cardiac sau accident vascular cerebral, diabet, căderea sistemului imunitar, urmată de cancer

Stresorii psihici decurg fie din stresorii fizici, fie din cei sociali, fie sunt autoinduşi. Prin natura lor repetitivă, sunt consideraţi ca fiind cei mai dăunători. În această categorie se includ atât trăiri emotive acute sau cronice, cu amprentă negativă, cât şi cele pozitive. Este neesenţial dacă emoţia este pozitivă sau negativă, caracterul de stresor decurgând din măsura în care solicită răspunsuri adaptative intense din partea organismului. Nivelul intensităţii stresului psihic nu depinde întotdeauna de intensitatea stresorului ci de maniera subiectivă în care acesta este perceput şi trăit. Studiile atestă, totuşi, efectele negative mai ales ale sentimentului de frustrare, a anxietăţii şi a depresiei.

Anumite trăsături de personalitate, prin natura lor, determină o toleranţă scăzută la stresorii psihosociali.

Definiţia dată de Selye stresului este o stare manifestată printr-un sindrom specific, care corespunde tuturor schimbărilor nespecifice, induse într-un sistem biologic.

Pentru Hans Selye, stresul este în mod fundamental un răspuns fiziologic; el nu s-a abătut de la această concepţie, cu toate că a stabilit o diferenţiere a efectelor stresului în eustres şi distres, efectele pozitive şi negative ale stresului asupra individului; stresul poate fie să stimuleze, fie să dăuneze fiinţei omeneşti. Luarea în considerare a unor variabile din ce în ce mai numeroase în studiul stresului l-a condus la ipoteza că stresul este răspunsul nespecific al organismului la orice solicitare a mediului înconjurător (ultima concepţie a lui Selye). Aşa cum se poate constata, din această concepţie lipseşte dimensiunea psihologică.

J.B. Stora (1999) subliniază diferite abordări ale noţiunii de stres:

a. Stresul este o forţă care produce o tensiune urmată de o deformare a obiectului asupra căruia s-a exercitat; într-un fel, este vorba de un stimul extern, de un agent oarecare (agent fizic: zgomot, căldură, frig, sau psihologic: doliu, pierderea locului de muncă). Acesta este sensul activ al stresului.

b. Stresul este rezultatul acţiunii unui agent fizic şi/sau psihologic şi/sau social, agent numit de Hans Selye stresor. Se impune, astfel, studierea stării de stres, adică a consecinţelor biologice, mentale şi psihice ale acţiunii acestui agent asupra sănătăţii personale. Deoarece acţiunea poate fi momentană sau permanentă, se va studia durata sa şi timpul de latenţă în apariţia simptomelor maladiilor: de la câteva ore la mai multe luni, sau chiar la un an sau mai mulţi ani în cazul, de exemplu, al maladiilor autoimune.

c. Stresul este, în acelaşi timp, stresorul sau agentul stresului, cât şi rezultatul acestei acţiuni în diferite dimensiuni individuale. Considerat în această accepţiune, îl regăsim în toate cercetările lui Selye, ale psihosomaticienilor, cât şi în lucrările de psihofiziologie din ultimii patruzeci de ani. Din acest punct de vedere, este lesne de înţeles confuzia semantică rezultată dintr-o asemenea abordare.

d. În sfârşit, stresul nu mai este privit în lumina consecinţelor sale somatice, ci, în primul rând, ca o apărare a modului în care funcţionează psihicul în afara excitaţiilor senzoriale şi motrice iniţiate de acesta.

Stresul apare acum ca un agent extern, resimţit de un individ într-un spaţiu-timp dat; pentru ai face faţă, acesta pune în joc măsuri de apărare mentale, însoţite, simultan, de automatisme biologice.

Acţiunea externă şi reacţia individuală, determinată de structura modului de funcţionare psihică a indivizilor, sunt termenii cei mai des folosiţi în cercetările actuale ale Şcolii franceze de psihosomatică. Alte abordări au stabilit relaţii între stres şi imunitate, vorbind despre posibilitatea unor interacţiuni între sistemul nervos central şi sistemul imunitar şi folosind conceptul de neuroimunomodulaţie. Abordarea ştiinţifică a observaţiei va determina unghiul de atac metodologic conceptual.

Studiul adaptării la situaţii stresante şi dirijarea acestui proces reprezintă un obiectiv major al fiziologiei şi medicinii contemporane.

Adaptarea în abordarea lui Stora (1999) îmbracă următoarele forme:

- adaptarea răspunsurilor endocrine la stres, traduse, în general, prin atenuarea reacţiilor cu reducerea sensibilităţii receptorilor;
- dereglările adaptării sau depăşirea limitelor individuale ale adaptabilităţii care intervin în geneza bolilor, chiar dacă extinderea exagerată a sferei bolilor de adaptare este eronată;
- modificarea sau mai frecvent creşterea, adaptabilităţii şi toleranţei la stres prin fenomenul rezistenţei încrucişate;
- intervenţii prin factori adaptogeni naturali sau medicamentoşi în prevenirea şi combaterea stresului.

Fenomenele adaptative, cu diapazon mai larg, ce facilitează adecvarea la mediu, includ procesele de învăţare şi memorie şi reacţii anticipative în care hormonii de stres (în special ACTH şi aminele biogene) au rolul principal.

Procesele neuropsihice superioare permit nu numai adaptarea autoplastică, dar şi forma activă, aloplastică, de intervenţie asupra mediului fizic şi psihosocial, vizând adaptarea acestuia la necesităţile şi posibilităţile organismului.

Raporturile stres-adaptare sunt, deci, complexe şi reciproce, stresul putând fi considerat atât drept cauza adaptării, cât şi consecinţa unei adaptări insuficiente, inadecvate sau tranzitorii.

2.3. Condiţii pentru evitarea stresului la persoanele cu deficienţă şi handicap

Prin deficienţă înţelegem orice pierdere sau anomalie a structurii sau funcţiei psihologice, fiziologice sau anatomice.

Incapacitatea reprezintă orice restricţie sau lipsă (rezultând dintr-o deficienţă) a capacităţii de a efectua o activitate într-o manieră sau în cadrul a ceea ce se consideră normal pentru fiinţa umană.

Handicapul se manifestă ca un dezavantaj, rezultând dintr-o deficienţă sau incapacitate, care limitează sau împiedică îndeplinirea unui rol care este normal, depinzând de vârstă, sex, factori sociali şi culturali pentru persoana respectivă (Rezoluţia 37/52 a Adunării Generale a O.N.U, din 3.XII.1982, referitoare la *Programul de acţiune privind persoanele handicapate*).

Am definit aceşti termeni pentru a stabili o legătură între ceea ce înseamnă deficienţă şi handicap şi condiţiile pe care urmează să le enumerăm în vederea evitării atât a stresului secundar provenit din natura însăşi a persoanei afectate, dar şi din alte situaţii stresante externe sau interne.

Ultimele trei decenii au fost marcate de numeroase studii şi cercetări de evidenţiere a proceselor, strategiilor şi procedeelor care reprezintă condiţii sau resurse de înfruntare a stresului. Acestea sunt până la un anumit punct aceleaşi la persoanele cu deficienţă, ca şi la cele fără deficienţă. De cele mai multe ori, însă, aceste condiţii generale trebuie adaptate la specificul deficienţei şi la cele psihoindividuale ale persoanei cu deficienţă sau handicap.

De exemplu, o diferenţă semnificativă este aceea că în cazul persoanelor cu deficienţă mintală moderată sau severă este absolut necesară intervenţia familiei sau a persoanelor de referinţă pe tot parcursul vieţii, pentru diminuarea sau evitarea contextelor, emoţiilor sau acţiunilor stresante. Acelaşi lucru putem afirma şi în cazul copiilor sau adulţilor diagnosticaţi cu autism sau cu sindroame conexe autismului, a copiilor cu deficienţe senzoriale care nu au beneficiat de compensare sau nu au finalizat acest proces, reprezentând în sine o modalitate de diminuare a stresului.

Privarea senzorială, din cadrul deficienţelor senzoriale, reprezintă un stres în sine. Primele experimente au fost făcute la Universitatea McGill, timp de 2-3 zile. S-au remarcat, în afara distorsiunilor perceptive, apariţia unor halucinaţii, tulburarea proceselor de gândire, iritabilitate şi, în general, schimbări de dispoziţie afectivă. (**W. Bexton, W. Heron, T. Scott**, 1954, în **R. Floru,** 1974). Alţi cercetători au demonstrat, de asemenea,

că sistemul nervos, lipsit de stimulii care-i parvin prin intermediul principalelor organe de simţ s-au redus la stimulări monotone, se deteriorează.

Pe de altă parte, răspunsurile la anumite condiţii stresante depind de anumite trăsături de personalitate, printre care putem include şi stilul cognitiv, înţelegând prin acesta modalitatea perceptivă şi intelectuală de funcţionare. Deficientul de intelect este dezavantajat, din acest punct de vedere, el având din start dificultăţi de analiză, sinteză, generalizare etc., prin urmare capacitatea sa adaptativă la situaţiile stresante este mult diminuată. Este absolut necesar un proces de mediere a tot ce presupune situaţie dificilă, supervizare şi suport permanent pentru depăşirea obstacolelor.

Din această perspectivă, trebuie menţionat că pentru fiecare deficienţă în parte prima şi cea mai importantă condiţie de diminuare a stresului asociat deficienţei o reprezintă procesul de compensare, mai ales în cazul deficienţilor senzoriali şi procesul de reabilitare-recuperare pentru deficienţii mintal şi neuro-motor.

Dezvoltarea psihică a deficienţilor senzorial şi motor este relativ normală, dacă persoana îşi desfăşoară viaţa într-un mediu favorabil din punct de vedere cultural şi afectiv; prin urmare, un factor important care poate fi privit şi din punct de vedere terapeutic îl reprezintă învăţarea şi educaţia. Facem această afirmaţie deoarece transferul de experienţă informaţională, acţională, comportamentală, cu valenţe educaţionale, nu se prezintă, exclusiv, ca act de formare, ci ca proces de echilibrare, structurare, compensare care în final determină adaptare şi restructurare. Adaptarea, aşa cum sublinia H. Selye, serveşte la diminuarea sau la înlăturarea factorilor stresori indiferent de natura lor.

Fenomenul de compensare presupune o armonie în activitatea sistemelor funcţionale ale organismului, permiţând adaptarea şi readaptarea. Compensarea este o expresie a adaptării, a echilibrării continue a organismului cu mediul, în virtutea capacităţii de autoreglare, de reparare sau de funcţionare.

În cazul deficienţei vizuale de exemplu, compensarea poate fi privită atât în planul recuperării funcţionale, cât şi în cel al echilibrării afective şi relaţionale.

În cazul deficienţelor senzoriale, dar nu numai, intervenţiile compensator-recuperatorii pot fi de trei tipuri: chirurgicale, protetice şi psihopedagogice. (**I. Muşu, A. Taflan**, 1997)

Compensarea fundamentală, în cazul deficienţilor de auz, este demutizarea. Putem defini acest proces ca şi ansamblu de activităţi de învăţare a copiilor cu deficienţe de auz, activităţile fiind individuale sau de grup, cu conţinut şi tehnici specifice, desfăşurate pe tot parcursul zilei, în şcoală, cât şi în familie (**M. Popa**, 2001). Pentru a asigura succesul activităţii de învăţare, trebuie stabilite relaţii între modalităţile de acţiune şi potenţele psihice ale deficientului.

Trebuie menţionat că în ceea ce priveşte condiţiile de evitare a stresului, pentru personele cu deficienţă şi/sau handicap, în afară de mijloacele specifice psihopedagogiei speciale, care acţionează direct la nivelul fiecărei deficienţe în parte, avem de-a face şi cu mijloace, procedee şi tehnici generale de combatere a stresului de genul psihoterapiei, intervenţii asupra mediului ambiant sau creşterea capacităţilor adaptative prin diverse metode.

Cea mai generală accepţiune a stresului este aceea în care apare o discrepanţă importantă între solicitare şi posibilităţi. Adaptarea la situaţiile stresante presupune ansamblul de răspunsuri care vor restabili echilibrul tulburat (**R. Floru**, 1974). Din acestă

perspectivă, putem vorbi despre anumite strategii care pot creşte capacitatea de adaptare a persoanei, de genul: familiarizarea cu situaţii diverse, găsirea unor căi de satisfacere a trebuinţelor în concordanţă cu normele sociale, integrarea într-un grup cu aceleaşi probleme sau preocupări, asigurarea de asistenţă psihologică.

În cadrul tezei de doctorat, cu titlul „Stresul psihic şi implicaţiile sale asupra dezvoltării copiilor", am propus un program de management al stresului adresat în egală măsură, copiilor şi părinţilor lor. Din acest program, care a fost aplicat cu succes de-a lungul unui an experimental, am extras principiile extrem de importante pentru o viaţă sănătoasă care se pot aplica cu siguranţă şi familiilor cu copii cu deficienţă sau handicap.

2.4. Principiile generale de control al stresului pentru întreaga familie

Vom enumera, în cele ce urmează, o serie de principii formulate la persoana întâi pentru a le da o notă de imperativ şi pentru a spori impactul asupra celui/celor care le citesc şi urmează să le utilizeze.

2.4.1. Dezvoltă-ţi abilităţile de relaxare!

Controlul stresului presupune capacitatea de a lăsa deoparte solicitările şi factorii stresanţi de zi cu zi, cel puţin temporar. Foarte mulţi indivizi îşi pierd abilitatea de a se relaxa şi reuşesc doar să pună o distanţă emoţională faţă de factorii stresanţi, fapt care se tansformă în timp într-un stres în sine. Un exerciţiu uşor este să respiri adânc de 10 ori şi să te concentrezi asupra modului în care respiri! Relaxarea te va cuprinde imediat, iar creierul tău se va oxigena mai bine. Practică acest exerciţiu cât mai frecvent posibil!

2.4.2. Fii atent la starea ta de sănătate – mănâncă sănătos, dormi suficient!

Stresul rezultă dintr-o combinaţie de factori fizici şi mentali. Dacă corpul nu are resursele necesare să facă faţă solicitărilor, atunci managementul stresului va fi un lucru greu de realizat. Dacă ai multe de făcut şi prea puţin timp, să foloseşti timpul destinat somnului pentru a continua activităţile zilnice este contraindicat. Lipsa unui program corespunzător de somn va genera o indispoziţie pentru şcoală sau muncă şi te va face foarte nervos. Consideră odihna o investiţie în energia ta şi în pofta ta de lucru, nu o pierdere de timp!

2.4.3. Învaţă să-ţi organizezi timpul eficient!

Atribuind timp, în mod raţional, activităţilor importante poţi găsi momente din zi pe care să le foloseşti în favoarea ta, pentru a te relaxa mai mult sau pentru a te întâlni cu prietenii!

De foarte multe ori, cauza stresului este lipsa timpului. Deşi poate părea un pic ciudat, soluţia nu este să munceşti fără întrerupere, ci, din contră, să faci pauze mici şi dese. Aceste pauze îţi vor face activitatea mai puţin obositoare şi stresantă.

2.4.4. Fă mişcare în aer liber în mod constant!

Exerciţiile stimulează eliberarea de endorfine în corp, acestea fiind antidotul natural împotriva stresului. În acelaşi timp, diminuează nivelul de cortisol şi al altor hormoni ai stresului şi care provoacă o stare de bine.

Foloseşte-ţi timpul liber mergând pe jos, pe bicicletă, făcând gimnastică etc.!

2.4.5. Dansează!

Dansul are acelaşi efect benefic asupra întregului corp ca şi sportul. Mai mult, muzica va contribui la buna ta dispoziţie şi îşi va aduce aportul de energie.

2.4.6. Fii iar copil!

Pentru a te deconecta, poţi apela la jocuri online, cărţi de poveşti, desene animate, creioane colorate, acuarele etc. Această strategie funcţionează de fiecare dată şi te vei simţi mult mai creativ, indiferent de vârstă!

2.4.7. Păstrează imaginea de ansamblu în minte!

Este indicat să îţi aminteşti mereu care e scopul final al acţiunilor tale şi să te concentrezi asupra obiectivelor mari şi pe termen lung. Vei şti, astfel, exact cum stai şi cât drum mai ai de parcurs până la atingerea obiectivelor.

2.4.8. Imaginează-ţi!

Imaginează-ţi cum lucrurile vor ieşi aşa cum îţi doreşti! Imaginează-ţi sfârşitul unui an şcolar de succes, o familie fericită, o diplomă etc.! Te va ajuta să te programezi pozitiv. Nu fi negativ încă de la început! Vizualizează, deoarece gândurile pot deveni fapte, nu-i aşa?

2.4.9. Ordonează-ţi priorităţile şi responsabilităţile!

Învaţă să spui "nu" acelor activităţi pe care le îndeplineşti pentru a face pe plac altora sau pentru a îndeplini sarcini dificile, dar puţin necesare, doar pentru a demonstra ceva. Selecţia sarcinilor şi responsabilităţilor te va ajuta să reduci stresul unor solicitări excesive.

2.4.10. Identifică şi elimină sursele tangibile de stres din viaţa ta!

Tot ceea ce consideri că reprezintă o sursă de stres pentru tine, nu ezita să o elimini în timp cât mai scurt! Dacă acest lucru nu este posibil, nu ezita să ceri ajutorul părinţilor sau a consilierului şcolar!

2.5. Tipuri de intervenţii la nivel familial şi individual pentru persoanele cu deficienţă şi handicap

În plus faţă de tehnicile şi procedeele generale de combatere a stresului, enumerate în capitolul anterior, am considerat necesar să punem în discuţie o serie de intervenţii terapeutice alternative, care prin natura lor, ajută în special copiii cu dizabilităţi să facă faţă stresului, dar în aceeaşi măsură îi poate ajuta şi pe adulţi. Vom descrie, pe scurt, zooterapia sau terapia cu ajutorul animalelor, terapia expresivă şi terapia de suport pentru copii şi familie.

Terapia cu ajutorul animalelor de companie face parte din categoria terapiilor alternative, care poate înlocui sau ajuta terapiile convenţionale în ameliorarea calităţii vieţii unei persoane, reducerea stresului sau a consecinţelor unor deficienţe fizice, psihice sau senzoriale şi a unor handicapuri rezultate în urma acestor deficienţe. Beneficiile pe care le aduc animalele de companie se răsfrâng atât asupra fizicului, cât mai ales asupra

psihicului celor cu care interacţionează. Această formă de terapie a început să fie cunoscută şi folosită, cu predilecţie, în tratamentul tulburărilor psihice. În prezent, este aplicată într-un vast context terapeutic, fiind o practică larg răspândită în ţările civilizate, pentru îmbunătăţirea stării psihice şi pentru dezvoltarea unor abilităţi de socializare ale copiilor şi adulţilor prin contactul direct cu animale de companie în cadrul unor şedinţe coordonate de persoane avizate.

Influenţele pe care le au animalele de companie asupra sănătăţii au fost demonstrate de o serie de cercetători. Prezenţa animalelor de companie este benefică în stările psihice dificile, în dezvoltarea unor reacţii afective pozitive şi, a unor comportamente pro-sociale.

Primul care a menţionat efectele benefice ale prezenţei animalului de companie în tulburările de natură mentală a fost Boris Levinson. Acesta a descoperit întâmplător efectele benefice ale animalelor de companie, în 1953, când şi-a uitat, într-una din zile, în cabinetul de consultaţii, câinele care a interacţionat cu un copil autist venit la consult, stabilind, astfel, o formă de comunicare a copilului cu lumea înconjurătoare.

Printre beneficiile obţinute în urma interacţiunii cu animalele, enumerăm: îmbunătăţirea comunicării şi a socializării, ameliorarea stării morale, creşterea motivaţiei pentru activitate şi a încrederii în propria persoană. De asemenea, dezvoltă responsabilitatea, angajamentul şi atitudinea pozitivă faţă de viaţă.

Copiii şi adulţii cu deficienţe de vedere, de auz şi de vorbire au fost supuşi unui studiu de către specialişti de la Universitatea Babeş-Bolyai, în care au fost stimulaţi să comunice cu ajutorul terapiei asistate de animale. Ei afirmă că anumite calităţi pe care copiii le dobândesc în interacţiunea lor cu animalele, de genul capacităţilor empatice şi al capacităţii de relaţionare, le vor transfera ulterior asupra interacţiunii cu familia. De asemenea, ei sunt stimulaţi să execute un anumit exerciţiu, să capete anumite deprinderi, să devină mai responsabili etc.

Au fost efectuate, de asemenea, mai multe studii care examinează stresul unor pacienţi supuşi unor proceduri medicale şi care au arătat că numai 15 minute de interacţiune cu un câine produc o reacţie pozitivă, o „senzaţie de bine", iar după 30 de minute arată o reducere a stării de anxietate. Şedinţele de terapie cu ajutorul animalelor de companie, constituie un stimulent pentru păstrarea formei fizice, reducerea anxietăţii sau a stărilor depresive, cât şi pentru îmbunătăţirea capacităţii de concentrare şi atenţie.

Copii care suferă de ECI, tetrapareză spastică şi alte astfel de afecţiuni, care se transformă în veritabile polihandicapuri, sunt, de asemenea, o categorie aparte pentru care s-a dezvoltat terapia cu ajutorul animalelor şi în special cea cu câini, cai şi delfini, ajutându-i pe copii să depăşească handicapurile severe cu care s-au născut şi să fie în stare să facă mişcări care pentru ei sunt aproape imposibil sau foarte greu de făcut.

Psihoterapia expresivă se mai numeşte şi psihoterapie creativă prin artă şi este termenul internaţional pentru utilizarea artelor ca formă de psihoterapie. Este subliniat mai ales procesul creaţiei şi nu atât produsul final. Se pleacă de la presupunerea că atât gândirea imaginativă cât şi formele de expresie creativă au proprietăţi curative. Terapia de expresie, cum mai este denumită, are un caracter compensator important prin activizarea copiilor sau peroanelor care o practică, prin alegerea subiectelor sau temelor, prin conştientizarea emoţiilor şi exprimarea lor, prin stimularea creativităţii şi nu în ultimul rând al simţului estetic (**L. Ionescu în I. Muşu, A. Taflan,** 1997).

Pentru persoanele cu deficienţe sau handicap, această formă de terapie poate juca un rol esenţial de exprimare, descărcare, echilibrare emoţională, de comunicare simbolică, de relaţionare, socializare, de creştere a încrederii în sine şi a stimei de sine, şi prin toate acestea, de adaptare mai bună la mediul înconjurător şi implicit de diminuare a stresului. În acelaşi timp, este şi o modalitate fericită de a şterge diferenţele dintre persoanele cu CES şi ceilalţi, contribuind la procesul de socializare şi integrare.

Psihoterapia expresivă cuprinde:

1. Art-terapia, care presupune utilizarea picturii, sculpturii, desenului şi a altor forme de artă ca manieră de reducere a stresului.
2. Terapia prin dans, care utilizează expresia kinestezică ca psihoterapie.
3. Dramaterapia, prin utilizarea teatrului şi a improvizaţiei teatrale ca terapie individuală şi de grup. Include psihodrama.
4. Meloterapia, în care persoana poate asculta, interpreta şi chiar personaliza muzica. Acestă formă este binecunoscută ca modalitate de diminuare a stresului.
5. Terapia prin joc, în cadrul căreia se utilizează jocul şi observarea jocului şi care este foarte frecvent utilizată la copii cu dizabilităţi sau handicap.
6. Psihoterapia prin poezie, care include şi biblioterapia.

Drama-terapia presupune utilizarea tehnicilor dramatice pentru a facilita creşterea personală şi a promova sănătatea. Drama-terapia este o formă de psihoterapie expresivă, utilizată în spitale, şcoli, organizaţii, centre psihologice, este aplicabilă în psihoterapia de grup, familială, de cuplu şi individuală. Se bazează pe psihodramă, dar într-o formă mai extinsă de intervenţii dramatice, incluzând jocul de rol, jocurile de grup, pantomima, teatrul de păpuşi şi tehnicile de improvizaţie.

Art-terapia este o formă de psihoterapie expresivă care utilizează creaţia artistică pentru a îmbunătăţi starea emoţională. Sunt utilizate proprietăţile afective ale creaţiei artistice în contextul psihoterapiei. Art-terapia îşi găseşte aplicaţii în clinici, dar şi în studiouri şi workshopuri, în psihoterapia cu copiii, adolescenţii şi adulţii, psihoterapie individuală, de cuplu, familială şi de grup. Se bazează pe teoria că procesul creativ are proprietatea de vindecare şi îmbunătăţire a vieţii. Problemele care apar în creaţia artistică sunt folosite pentru creşterea conştiinţei de sine, pentru adaptarea la simptome, stres şi experienţe traumatice, pentru îmbunătăţirea capacităţii cognitive şi pentru o mai bună afirmare a plăcerilor vieţii şi creativităţii artistice.

Terapia de suport pentru copii şi părinţi constă în acordarea de suport familiei aflată în situaţie dificilă, cu un înalt grad de stres, familie care la rândul ei are datoria de a oferi suport copilului aflat şi el într-o stare de dezechilibru emoţional, educaţional sau social.

Într-o altă accepţiune, această formă de terapie constă în încurajarea permanentă a persoanei aflată în dificultate, în paralel cu favorizarea unei descărcări emoţionale care să diminueze starea de anxietate (**I. B. Iamandescu**, 2008).

Această formă de terapie se poate utiliza ori de câte ori copilul cu deficienţă sau handicap şi familia acestuia trec printr-o situaţie cu un nivel ridicat de stres, de genul intervenţiilor chirurgicale, a tratamentelor de lungă durată, a schimbărilor importante care pot surveni în viaţa acestora, prin întărirea mecanismelor de apărare existente şi refacerea mecanismelor adaptative.

Obiectivele acstei forme de terapie vizează prevenirea recăderilor, creşterea încrederii în sine, întărirea complianţei terapeutice, diminuarea conduitelor dezadaptative, atenuarea anxietăţii situaţionale şi nu în ultimul rând valorificarea resurselor adaptative şi a mecanismelor de coping ale persoanelor vizate.

Este foarte important ca acestă formă de terapie să se desfăşoare la nivel familial, deoarece, de cele mai multe ori, copilul cu deficienţă sau handicap, indiferent de nivelul afectării, este dependent de familie într-un grad extrem de ridicat sau contextul familial este perturbat şi copilul nu poate menţine şi exersa o serie de achiziţii pozitive obţinute în alte contexte (educaţionale, recuperative, terapeutice etc.). Rolul deosebit de important al familiei în dezvoltarea şi echilibrarea copilului, din toate punctele de vedere, constituie o dovadă în plus a necesităţii terapiei de suport pentru familie şi copil, mai ales, subliniem din nou, în situaţii generatoare de stres.

În plus, beneficiile implicării părintelui vizează şi diminuarea sentimentelor de vinovăţie faţă de suferinţele copilului, exteriorizarea speranţelor, a frustrărilor, diminuarea comportamentelor opoziţioniste faţă de terapeut şi creştererea complianţei la procesul terapeutic, indiferent de natura acestuia.

3. CONSILIEREA PERSOANELOR AFLATE ÎN DIFICULTATE ŞI A FAMILIILOR ACESTORA

3.1. Tehnici specifice de consiliere

De-a lungul evoluţiei sale, omenirea a făcut progrese nu numai în domeniul ştiinţei şi tehnologiei, ci, mai ales, în sfera socială, prin reconsiderarea şi valorizarea permanentă a fiecărui individ.

Fiecare individ are o serie de aspiraţii, de nevoi pe care doreşte să şi le satisfacă, implicând, în acest demers, resursele personale, moduri de valorificare optimă a resurselor naturale, a celor sociale. Nu întotdeauna, procesul este încununat de succes, individul aflându-se, pe termen scurt sau lung, într-o anumită dificultate. Astfel, el va avea nevoie de servicii specializate menite să-l ajute să depăşească starea de dificultate sau să amelioreze consecinţele rezultate din starea de dificultate; are nevoie de a beneficia de servicii de consiliere psihopedagogică.

Consilierea psihopedagogică este considerată ca fiind centrată pe *schimbare evolutivă* (**Dafinoiu, I.**, 2000), pe conştientizarea gândurilor, a trăirilor emoţionale, a conduitelor care asigură şansele unui nivel optim de dezvoltare a resurselor personale.

Consilierea facilitează, prin demersurile pe care le presupune, ca persoana să facă faţă mai eficient stresorilor şi sarcinilor vieţii cotidiene şi astfel să contribuie la îmbunătăţirea calităţii vieţii.

Relaţia care se stabileşte între consiliere şi consiliat, persoana aflată în dificultate, implică câteva **condiţii (Holdevici, I., Neacşu, V.**, 2006): consilierul trebuie să se conducă întotdeauna după principiul conform căruia, clientul este responsabil pentru el însuşi; consilierul trebuie să accepte faptul că, clientul său are o puternică dorinţă de a deveni matur, independent social, productiv; consilierul trebuie să creeze o atmosferă pozitivă permisivă, caldă, în care clientul este liber să-şi exprime orice trăire, orice

atitudine, orice gând, indiferent cât de neconvenţionale, absurde sau contradictorii sunt acestea; consilierul nu trebuie să impună clientului condiţii în ceea ce priveşte atitudinile, ci numai în ceea ce priveşte comportamentul; consilierul trebuie să utilizeze numai acele tehnici şi procedee care să conducă clientul la o înţelegere mai profundă a stărilor sale emoţionale, precum şi la autoacceptarea acestora; consilierul trebuie să evite orice exprimare sau acţiune contrară principiilor anterior formulate: trebuie să se abţină de a întreba, a dovedi, a interpreta, a sugera, a convinge, a asigura, a sfătui; consilierul trebuie să acorde încredere clientului, considerând că acesta este cel mai în măsură să-şi rezolve problemele şi de a lua decizii în mod independent; consilierul trebuie să se concentreze, mai ales, pe ceea ce simte clientul.

În procesul consilierii persoanelor aflate în dificultate, trebuie să pornim de la premisa că, fiecare persoană este unică, scopul consilierii vizând, în esenţă, dezvoltarea individului. De aceea, este oportun să considerăm că, procesul de consiliere a persoanelor aflate în dificultate are la bază **un model integrativ - multidimensional de intervenţie specializată prin care se respectă drepturile, istoria fiecărei persoane, dar se iau în considerare resursele necesare şi modurile specifice de realizare.**

Consilierea psihopedagogică a persoanelor aflate în dificultate generează noi implicaţii întotdeauna, din ce în ce mai complexe. Ea vizează (**Mitrofan, I., Nuţă, A. 2009, pp. 20-21**) :

- „Consilierea mariginalilor şi a excluderii sociale, consilierea integratoare a copiilor străzii şi a persoanelor adulte fără adăpost ;
- Consilierea persoanelor afectate de HIV/SIDA şi a familiilor lor ;
- Consilierea toxicodependenţilor şi a familiilor lor ;
- Consilierea persoanelor abuzate fizic şi sexual- copii şi adulţi ;
- Consilierea familiilor şi a copiilor aflaţi în adopţie şi plasament ;
- Consilierea copiilor instituţionalizaţi, a mamelor sociale şi a personalului din instituţiile de ocrotire ;
- Consilierea vârstnicilor instituţionalizaţi şi neinstituţionalizaţi ;
- Consilierea victimelor violenţei domestice şi a familiilor dezorganizate ;
- Consilierea cuplului şi a familiei cu disfuncţii de relaţie şi comunicare ;
- Consilierea parental- filială ;
- Consilierea părinţilor adolescenţi ;
- Consilierea victimelor traficului de carne vie;
- Consilierea persoanelor cu nevoi speciale şi a familiilor lor ;
- Consilierea imigranţilor ;
- Consilierea minoritarilor."

Consilierea psihopedagogică a persoanelor aflate în dificultate se poate realiza fie individual, fie în cadrul unui grup. **Consilierea individuală** este o interacţiune personală între consilier şi participant, în cadrul căreia beneficiarul, este asistat în rezolvarea problemelor mentale, emoţionale sau sociale. **Consilierea de grup** presupune o relaţionare a consilierului cu un grup ai cărui membri au o problemă comună sau interese comune. La nivelul grupului se stabileşte o reţea socială prin care sunt dezvoltate pentru fiecare individ în parte, metodele şi planurile de clarificare a situaţiei existente. Aici, se cristalizează un sentiment de comunitate având la bază nevoia de afiliere, apartenenţă, se clarifică dorinţe, nevoi şi opţiuni.

Fiecare dintre aceste forme de consiliere face apel la o serie de tehnici . *Tehnicile de consiliere* reprezintă totalitatea procedeelor aplicate de consilier într-un cadru specific pentru a susţine şi favoriza cunoaşterea de sine, autoacceptarea afectivă, maturizarea şi dezvoltarea resurselor necesare în diferite domenii ale vieţii clientului. Ele se utilizează în raport de vârsta reală a persoanei, de situaţia specifică în care se află aceasta, de parametrii specifici ai dezvoltării rezultaţi din natura şi, gradul dificultăţii pe care o are.

Prezentăm în cele ce urmează, într-o manieră sintetică, principalele tehnici utilizate în consilierea psihologică individuală, dar şi în cea de grup.

3.2. Tehnici specifice utilizate în consilierea persoanelor aflate în dificultate

Literatura de specialitate evidenţiază numeroasele preocupări privind dezvoltarea unor tehnici eficiente de consiliere. Principalele tehnici utilizate în consilierea persoanelor aflate în dificultate sunt: tehnica interogativă, tehnica ascultării, tehnica tăcerii, tehnica reflectării, tehnica sumarizării, identificarea temei, exprimarea şi modelarea afectelor, interpretarea, confruntarea cu fluxul reprezentativ, rezolvarea de probleme, tehnici gestaltiste (personalizarea discursului, transformarea întrebărilor în afirmaţii, asumarea responsabilităţii, jucarea rolului proiectat, tehnica scaunului gol), tehnici comportamentale (contractul comportamental, modelarea socială) şi direcţii ale optimizării personale (**M. Georgescu**, 2004).

1. Tehnica interogativă. Modalitatea de adresare a întrebărilor în cadrul consilierii este un element important prin care consilierul facilitează sau blochează procesul de comunicare. În utilizarea acestei tehnici trebuie considerate următoarele aspecte: clientul are tendinţa de a modifica întrebarea sau sensul acesteia; referinţele generale sunt interpretate într-o accepţiune mai restrânsă; în cazul întrebărilor lungi, clientul îşi va formula răspunsul conform debutului acestora; clientul poate avea tendinţa de a răspunde în spiritul întrebării şi nu în litera acesteia; posibilitatea ca o întrebare să nu fie înţeleasă este proporţională cu volumul şi încărcătura sa informaţională; în situaţia în care clientul nu a auzit un segment al întrebării, îl va reconstrui conform părţii auzite; întrebările închise sunt mai securizante pentru client.

Ca atare, este indicat: utilizarea de întrebări scurte, fără desfăşurări logice şi susţinute; repetarea întrebării, în cazul în care nu a fost înţeleasă sau reformularea acesteia; folosirea judicioasă a întrebărilor, în nici un caz după fiecare răspuns.

Folosirea excesivă a acestei tehnici nu este eficientă deoarece poate deturna relaţia prin: a) modificări de dinamică: clientul nu mai iniţiază discuţia, ci aşteaptă de la consilier următoarea întrebare; b) faptul că subiectul este împiedicat din efortul elaborativ: deleagă răspunderea relevării conţinutului mesajului asupra consilierului; c) cultivarea afectului de reprezentare: conţinutul se depărtează de afect şi devine unul eminamente cognitiv.

În cadrul tehnicii interogării, există mai multe tipuri de întrebări (**I. Simek-Downing**, 1998): a) *întrebări care produc un răspuns justificativ*. Acestea sunt cele care încep cu De ce? şi creează clientului impresia de interogatoriu alături de inducerea la acesta a unei atitudini defensive, specifice relaţiei cu autoritatea. Răspunsurile vor fi justificative şi cantonate în sfera argumentării logice; b) *întrebări închise*. Ele sunt cele

ce determină acordul sau dezacordul clientului prin răspuns afirmativ sau negativ. Întrebările închise riscă să blocheze comunicarea dacă sunt folosite în cadru structurat. Sunt utile în discuţiile preliminare în care se urmăreşte obţinerea de informaţii punctuale; c)*întrebări deschise*. Spre deosebire de întrebările închise, cele deschise determină răspunsuri orientate, în special de afecte şi nu de fapte. De aceea nu se rezumă la afirmare sau negare. Aceste tipuri de întrebări pot: deschide discuţia; susţine clientul în eforul elaborativ, în explorarea de atitudini, valori şi comportamente; orientează clientul asupra trăirilor sale; d) *întrebări de tip listă*. Consilierul prezintă clientului o listă de variante de răspunsuri din care clientul îl alege pe cel mai potrivit. Sunt utile în cazul: precizării relaţiei dintre cauzele posibile; unor puternice rezistenţe; unor stări subdepresive; e) *întrebări ipotetice*. Aceste întrebări permit prospecţia unor alternative comportamentale: „Dacă ai fi…, cum crezi că…?" - şi se folosesc pentru discutarea consecinţelor unor posibile acţiuni.

2. Tehnica ascultării. În tehnica ascultării active, clientul este pus în relaţie directă cu fluxul trăirilor şi reprezentărilor sale. Prin această tehnică se fundamentează un stil eficient de consiliere, prin care clientul se simte esenţial înţeles, iar discuţia rămâne focalizată pe trăirile clientului.

Ascultarea activă presupune reflectarea mesajului transmis de client. Mesajul clientului va fi de cele mai multe ori codificat sau distanţat de informaţia nucleară. Ascultarea presupune capacitatea de a reflecta conţinutul şi afectele corelate, dând clientului senzaţia că este înţeles.

Factorii care susţin ascultarea activă sunt: comunicarea verbală, adecvată conţinutului şi stării afective a interlocutorului; contactul vizual cu interlocutorul; verificarea mesajului: „Îmi spuneaţi că…"; capacitatea consilierului de a nu se centra asupra intervenţiei pe care urmează să o aibă; capacitatea clientului de a utiliza afirmaţii de genul: „hmm"; „da"; „înţeleg"; capacitatea consilierului de a nu evalua şi categoriza; capacitatea consilierului de a nu selecta informaţiile, ci de a asculta distributiv.

Pe lângă aceşti factori, care susţin ascultarea, există şi o serie de bariere: incapacitatea consilierului de a nu putea urmări mesajul; ascultarea superficială; perceperea mesajului fără a-l înţelege şi solicitarea de precizări; repetarea mintală a următoarei întrebări; întreruperea clientului în mijlocul unei fraze.

3. Tehnica tăcerii. Tăcerea, sau ascultarea pasivă, reprezintă o tehnică fundamentală prin care se permite clientului explorarea sentimentelor, atitudinilor, valorilor şi comportamentelor. În condiţiile programării riguroase a timpului în cadrul consilierii, tăcerea poate fi considerată ca neproductivă. De aceea, consilierul poate simţi nevoia de a umple cu rapiditate golurile din cadru. Această nevoie invadează forma integrală a mesajului.

Orice mesaj este alcătuit din momente de tăcere care acţionează ca organizatoare ale mesajului explicit. În consecinţă, este necesară preluarea mesajului clientului ca atare, inclusiv cu momentele de tăcere existente. Susţinerea tăcerii permite clientului: să înţeleagă că este ascultat şi i se permite experimentarea relaţiei actuale cu consilierul fără a i se impune constrângeri; să înţeleagă că este capabil să negocieze cu propria experienţă;să înţeleagă faptul că responsabilitatea îi aparţine; să nu se simtă presat în a

verbaliza imediat fiecare senzaţie sau gând; să exploreze reprezentările, afectele, comportamentele şi implicaţiile acestora.

Funcţia tăcerii (benefică sau negativă) va fi înţeleasă de consilier în context. În general, nu este recomandată întreruperea tăcerii, ci susţinerea non-verbală a clientului. La nivel verbal, intervenţia consilierului va fi reflectivă: „sunteţi tăcut, mă întreb dacă prin aceasta nu doriţi să îmi reproşaţi...". Clientul poate cere, prin tăcere, consilierului să fie mai prezent. Consilierul va răspunde acestei nevoi, în măsura în care, nu va determina în mod involuntar clientul la evitarea relevării problemei sale reale.

Funcţiile negative ale tăcerii sunt: rezistenţa la perspectiva schimbării; afecte puternice, pozitive sau negative, de natură erotică sau agresivă; reacţie defensivă la personalitatea consilierului resimţită ca autoritară şi rigidă.

În situaţia în care tăcerea este de durată, se poate apela şi la tehnica desenului: clientul este invitat să deseneze starea actuală; consilierul desenează şi îl invită pe client să povestească ceea ce vede în desen.

4. Tehnica reflectării este o formă avansată a tehnicii parafrazării. Parafrazarea constă în întoarcerea mesajului clientului într-o manieră prin care acesta sesizează faptul că a fost „procesat" şi, în consecinţă, înţeles de consilier. Consilierul introduce mesajul prin formule de tipul: „Îmi spui faptul că..". Altfel spus, reflectarea este o tehnică adresată atât conţinutului cât şi afectelor (**Simek-Downing, I.,** 1998).

a) *Reflectarea conţinutului*. Clientului îi este întors, într-o manieră reformulată mesajul pe care l-a transmis. Prin această metodă, clientul observă efortul consilierului de a-l înţelege; este confirmată înţelegerea acurată a mesajului transmis de client; se subliniază anumite aspecte ale mesajului. De exemplu: „Îmi este foarte greu să suport personalitatea şefului" - este reflectat prin „Aţi ajuns la limita capacităţii de a vă stăpâni reacţiile faţă de şef". Metoda trebuie folosită cu precauţie deoarece poate conduce la un conţinut circular, de suprafaţă al discursului.

b) *Reflectarea afectelor*. Conţinutul discursului este reflectat prin centrarea pe afectele clientului. Se are în vedere nu atât ceea ce clientul relatează, ci modul în care o face. De exemplu: „Părinţii se certau foarte des. Atunci când erau împreună, mă aşteptam să aibă o discuţie care să degenereze în ceartă" - forma reflectată este: „Eraţi speriat şi doreaţi ca părinţii să nu se mai certe".

5. Tehnica sumarizării. Intervenţia de tip sumativ se poate adresa atât conţinutului, cât şi afectului. *Sumarizarea conţinutului* este tehnica prin care consilierul condensează esenţa discursului clientului. Sumarizarea presupune urmărirea discursului clientului la nivel global şi identificarea elementelor reprezentative. Ea permite clientului continuarea explorării şi îi oferă acestuia o măsură a înţelegerii. Ea se foloseşte: dacă se doreşte structurarea discuţiei, în situaţia în care discursul clientului a fost dispus arborescent, pe numeroase dimensiuni; când se intenţionează precizarea unui aspect de importanţă pentru desfăşurarea discuţiei, în finalul şedinţei. *Sumarizarea afectelor* se realizează atunci când consilierul condensează reacţia generală a clientului.

6. Identificarea temei. În cadrul unei şedinţe se pot discuta mai multe teme, dispuse arborescent pe o temă principală. Identificarea temei este un demers de sinteză,

prin care consilierul ordonează materialul eterogen distribuit în diferite teme pentru a înţelege mesajul esenţial transmis de client. De exemplu, clientul vorbeşte despre dificultăţile pe care le are la serviciu, în special cu unul dintre şefii săi. Apoi, se referă la impozitele nedrept de mari pe care trebuie să le plătească în fiecare an. Trece, apoi, la probleme pe care le are cu părinţii, în special cu tatăl – tema principală, mesajul esenţial constă în raportul clientului cu autoritatea.

Cele mai frecvente teme sunt: maniera de auto-percepţie, dependenţa, nevoia de probare, nevoia de a fi aprobat şi iubit de toată lumea, dificultăţile de relaţionare, nevoia de control, raportul cu autoritatea, nevoia de a manipula, nevoia de securitate, dificultăţile de a trăi „aici şi acum".

7. Exprimarea afectelor. Exprimarea afectivă este una din experienţele dificil de realizat de unii clienţi. Clientul va evita expresia afectivă, chiar dacă este negativă sau pozitivă, atât faţă de situaţiile discutate, cât în special faţă de personalitatea consilierului. Clientul va discuta mai mult despre fapte, întâmplări, dar nu despre trăirile suscitate. Consilierul va identifica reacţiile afective ale clientului raportate la realitatea clientului, le va preciza şi va susţine exprimarea acestora.

8. Modelarea afectelor constă în relatarea trăirilor faţă de situaţii sau persoane. Este o tehnică cu efect suportiv ce trebuie folosită cu precauţie. Consilierul îşi poate releva trăirile actuale faţă de client în scopul de a-i oferi acestuia un model de expresie. Consilierul poate să evoce situaţii similare cu cele în care este implicat clientul, fiind astfel stimulată expresia afectivă prin modelul expresiv al consilierului; de exemplu: „Dacă mi s-ar fi întâmplat asemenea situaţie, eu aş fi simţit..."

Unul din efectele colaterale ale tehnicii poate *fi minimalizarea problemei.* Clientul poate înţelege intervenţia modelatoare a consilierului sub forma: nu e nici o problemă, oricui i se poate întâmpla. În consecinţă, clientul poate simţi că reacţia sa nu este adecvată. Alt efect negativ poate fi centrarea discuţiei asupra consilierului. De aceea, intervenţia consilierului trebuie să fie de scurtă durată. Relevarea de sine a consilierului poate conduce la întărirea relaţiei de consiliere, clientul îşi poate mai bine aproxima personalitatea, ceea ce va diminua angoasa. Trebuie avut însă în vedere faptul că, în orice intervenţie, este nevoie de un anumit nivel de angoasă. Se vor evita formule, precum: „Ştiu ce simţi..". Se pot utiliza sintagme precum : „Pari a fi iritat.."

9. Interpretarea permite relevarea de semnificaţii comportamentale, afective, atitudinale de care clientul nu este conştient. Tehnica depinde de fundamentele în care se circumscrie consilierul. Este esenţial ca interpretarea să se facă în momentul oportun, atunci când relaţia a ajuns în punctul în care clientul poate integra acest gen de mesaj. Dacă interpretarea survine prea devreme, va constitui un motiv de defensă pentru client. Abuzul tehnic, supra interpretarea reprezintă modalităţi de apărare ale consilierului şi blochează mesajul.

Ca metode de interpretare, pot fi folosite (**Georgescu, M.,** 2004): a) *clarificarea*: consilierul are ca scop clarificarea semnificaţiilor unui comportament, afect etc al clientului comentat de acesta. De exemplu: „Nu este clar cine de cine depinde..", „Eşti mai curând furios decât neliniştit"; b) *confruntarea* reprezintă o metodă cu impact

consistent asupra clientului, ce constă în punerea lui în raport direct cu problematica analizată. De aceea, trebuie utilizată cu precauţie, cu simţul momentului şi al receptivităţii clientului. Metoda se aplică atunci când relaţia este bine structurată şi în nici un caz ca trebuinţă agresivă a consilierului. Se pun faţă în faţă discrepanţele dintre: confruntarea de tip afect-raţiune, între gândire şi trăire (se simte deprimat şi singur, dar gândeşte că totul este bine); confruntarea de tip declaraţie- comportament, între ceea ce clientul afirmă că simte şi cum se comportă (se consideră stăpân pe sine, dar este dependent); confruntarea de tip sine-tu, între imaginea de sine şi percepţia celorlalţi (se consideră mult prea slab, iar ceilalţi consideră că arată bine); confruntarea de tip cred-este, între ceea ce clientul crede că este şi ceea ce este în realitate (a reuşit să-şi construiască o carieră, dar se consideră ratat). Prin confruntare, se propune clientului un alt câmp de referinţă care permite o mai bună aproximare a realităţii şi integrarea în prezent: relaţia dintre client şi consilier este semnificativă pentru modalitatea de relaţionare a clientului. Consilierul permite clientului, folosind spaţiul relaţiei, să exploreze strategiile sale de relaţionare (dependenţă, manipulare etc.).

10. Confruntarea cu fluxul reprezentativ. Fluxul reprezentativ este constituit din activitatea fantasmatică: scenarii imaginare în care subiectul este reprezentat şi prin care sunt simbolizate dorinţele acestuia. Fantasma conţine elemente de limbă, raţionament şi imagine, organizate în jurul nevoilor subiectului şi în raport cu resturi din realitate. În fluxul reprezentărilor sunt testate diferite situaţii, subiectul reacţionează şi acţionează într-o manieră diferită cu comportamentul său real. Situaţiile reale, din viaţa clientului sunt reluate şi restructurate conform dorinţelor acestuia. Confruntarea cu fluxul reprezentativ se referă nu la încercarea de reprimare a acestuia, ci la conştientizarea nevoilor pe care subiectul le lansează în desfăşurările mintale.

Analiza fluxului reprezentativ este recomandată pentru a înţelege modalitatea de raportare a subiectului la un viitor eveniment: obstacole, strategii, expectanţe. Astfel, raportul cu situaţiile viitoare este pregătit de client la nivel mintal prin proiectarea de modalităţi comportamentale eficiente sau deficiente, de eşec. Consilierul va susţine restructurarea fluxului reprezentativ anticipativ, prin discutarea elementelor de eşec. Clientul va proiecta viitorul comportament prin acţiuni simple, ordonate, gestionând angoasa aferentă.

11. Rezolvarea de probleme. Problema constă dintr-un complex de situaţii, dificil de înţeles şi rezolvat, cu care clientul este obligat să negocieze în perspectiva dezvoltării personale. Pot exista probleme, spre exemplu, la nivelul abilităţii de relaţionare sau al capacităţii de comunicare în situaţii de conflict. În mod esenţial, problema se defineşte prin distanţa care separă starea de fapt (reală) de o stare dezirabilă. Nucleul problemei este determinat de blocarea accesului clientului spre satisfacerea nevoilor vitale. Forţele ce blochează accesul sunt alte categorii de trebuinţe (frecvent inconştiente).

Sarcina iniţială a consilierului constă în susţinerea clientului în procesul de identificare a problemelor. Identificarea problemelor se face prin indicatori de ordin comportamental, cognitiv şi afectiv: comportamentul indicativ pentru o problemă este cel resimţit straniu, nefamiliar, cel care determină strategii de evitare; cogniţiile indicative

pentru o problemă sunt nerealiste („vreau să fiu") sau negative („nu pot să fiu"); afectele indicate pentru o problemă sunt cele de mare intensitate, cu apariţie frecventă şi persistentă şi care nu sunt adecvate situaţiilor.

Procesul rezolutiv constă în (**Georgescu, M.**, 2004):

a. *Definirea problemelor*. Clientului i se va explica importanţa definirii problemei şi faptul că este un obiectiv comun. Se va lucra asupra tendinţei clientului de a utiliza termeni vagi, imprecişi, de a generaliza situaţia, de a exagera şi de a nega capacităţile sale rezolutive. În vederea definirii problemei, se va operaţionaliza contextul situaţional, având-se în vedere palierul comportamental, cognitiv şi afectiv.

Fazele operaţionalizării sunt: 1. identificarea problematicii globale; 2. identificarea problematicii specifice, asupra căreia se centrează intervenţia: „Dintre nemulţumirile legate de... care crezi că este cea mai mare şi mai urgent de discutat"? Se va preciza faptul că intervenţia asupra unui segment comportamental va produce şi modificarea celorlalte. Problematica specifică este analizată în raport cu criteriul importanţei. Stabilirea problemelor majore ce necesită rezolvarea în mod prioritar se face în funcţie de capacitatea clientului de a controla factorii implicaţi, facilitatea de soluţionare, avantajele provenite din soluţie. Se va ţine cont în ierarhizare de: problema care produce cele mai mari neplăceri subiectului şi anturajului, problema a cărei soluţionare nu poate fi amânată prin consecinţele sale; problema ce poate fi cel mai facil rezolvată; identificarea valorilor şi scopurilor. Sunt examinate valorile şi scopurile clientului, astfel încât, soluţiile să fie susţinute de acestea; 3. stabilirea de scopuri realizabile. Problemele reprezintă forţe restrictive, în timp ce scopurile sunt forţe constructive. Rezolvarea de probleme se referă la capacitatea de a propune scopuri-soluţii şi de a le atinge; identificarea şi examinarea alternativelor prin alcătuirea unei liste cu soluţii. Fiecare soluţie este discutată sub aspectul implicaţiilor sale, al probabilităţii de reuşită (prin intermediul experienţelor cunoscute şi al tendinţelor actuale). Este discutat impactul soluţiilor asupra valorilor personale; identificarea mijloacelor ce susţin atingerea scopurilor. Mijloacele trebuie să fie în raport cu valorile clientului.

Atitudinea faţă de problemă este o consecinţă a atitudinii generale a clientului în faţa vieţii. Consilierea în procesul rezolutiv are incidenţă asupra sistemului atitudinal al clientului. Transformarea problemei sub aspectul nivelului de definire, de generalitate şi importanţă va fi premisa prin care clientul să-şi reprezinte problema ca fiind una prezentă în situaţiile obişnuite de viaţă.

Pentru ca problemele să fie percepute ca fiind similare celor din viaţa reală, clientul, (**Georgescu, M.**, 2004), va fi susţinut în a: 1. considera că problemele sunt componente obişnuite ale vieţii şi nu sunt indicatorul unor deficienţe comportamentale; 2. considera că fiecare problemă are o soluţie. Percepţia dramatică a problemelor ca situaţii fără ieşire, este consecinţa reacţiei faţă de realitate (problemă) şi nu a realităţii problemei. Clientul tinde să persevereze în starea actuală, refuzând comportamentele rezolutive din cauza diferitelor condiţionări ale mediului în istoria evoluţiei sale; 3. a-şi asuma responsabilitatea propriului destin. Consilierul nu preia şi nu rezolvă problemele clientului, ci îl susţine pe acesta în confruntarea cu situaţia; a-şi asuma limitele propriei persoane şi ale capacităţilor sale de acţiune. Fuga de problemă şi soluţie se poate întemeia şi pe deficienţe ale imaginii de sine; 4. a considera că soluţia problemei nu încalcă interesele şi drepturile altor persoane.

Consilierul va cere clientului precizarea afectelor, a situaţiilor în raport cu realitatea şi cu posibilităţile clientului de a gestiona situaţia.

b. *Identificarea factorilor de formare şi menţinere a problemei.* De regulă, factorii determinanţi ai problemelor sunt multipli. În identificarea cauzelor, se va avea în vedere ca spaţiu de referinţă: mediul în care clientul trăieşte. Se vor folosi etichete şi termeni cu conotaţii peiorative. Se vor folosi întrebări deschise şi ascultarea activă. Factorii care activează şi menţin problema se opun formării unor atitudini sau abilităţi eficiente. Se va proceda la: descrierea comportamentelor actuale ce sunt asociate problematicii specifice. Clientul este susţinut în precizarea: comportamentelor ce necesită intervenţia, a modalităţilor în care sunt trăite şi reprezentate, antecedentelor comportamentelor actuale, a evenimentelor care preced trăirile negative; descrierea consecinţelor comportamentelor actuale.

c. *Modalitatea de intervenţie.* Planul de intervenţie va conţine : *obiective de lungă durată,* cum ar fi: formarea imaginii de sine, capacitatea de a gestiona angoasa; *obiective specifice,* în funcţie de componentele comportamentale, cognitive sau emoţionale ale problemei.

12. Personalizarea discursului este o tehnică gestaltistă (**Georgescu, M.**, 2004). Un discurs marcat prin formule de tipul: „mi se spune.. ", „se va face..", „trebuie.." indică dificultăţi de raportare la personalitatea consilierului. Impersonalizarea este o modalitate de apărare care trebuie deconstruită. Se recomandă a se preciza clientului aspectul personal al relaţiei de consiliere. Consilierul este încurajat în utilizarea pronumelui personal *eu* în loc de pronumele impersonal *se*. Prin aceasta, clientul este sprijinit în asumarea propriului comportament, a propriei trăiri şi a propriei opinii. Spre exemplu: „mi se spune.." va fi personalizat în : „eu îţi spun.."; „trebuie să fac.." va fi personalizat în: „eu vreau să fac.. "; „este greu de acceptat.. " va fi personalizat în: „eu nu accept…"; "se spune că este foarte greu.. " va fi personalizat în: "eu spun că este foarte greu..; „se va face.. va fi personalizat în: „eu voi face…"

13. Transformarea întrebărilor în afirmaţii este şi aceasta o tehnică gestaltistă. Clientul este susţinut în a-şi afirma opiniile pe care le formulează indirect sub formă interogativă. „Chiar crezi aceasta? " este transformată în: „Eu nu cred acest lucru.. ".

14. Asumarea responsabilităţii. Clientul este cel care îşi determină comportamentul şi nu mediul. Pentru a-şi putea determina comportamentul, un pas esenţial este asumarea de către client a propriei responsabilităţii.

Clientul încearcă să evite răspunderea propriului comportament prin delegarea externă a cauzelor. Aceasta se face prin evitarea utilizării conjuncţiei *„şi"*. De aceea: „vreau să nu mai fumez, dar fumez tot mai mult", va fi reformulat în: „vreau să nu mai fumez şi fumez tot mai mult". Prin înlocuirea lui *„dar"* cu *„şi"* este verbalizată responsabilitatea şi surprinsă nevoia clientului de a nu răspunde pentru sine.

15. Jucarea rolului proiectat (**Simek- Downing, I.**, 1998) este şi aceasta, o tehnică gestaltistă. Când clientul proiectează sentimente pe consilier, acesta îl invită pe client să se transpună în rolul său şi să exprime senzaţiile pe care le încearcă în acest rol.

De exemplu, clientului îi spune consilierului că nu îl agreează. Consilierul îl invită pe client să se pună în locul lui şi să spună ce ar simţi despre clientul care i-ar spune acest lucru.

16. Scaunul gol este, de asemenea, o tehnică gestaltistă. Clientul îşi proiectează trăirile neacceptate (refulate) atribuindu-le altor persoane. Clientul este invitat să exprime aceste trăiri prin rolul unei terţe persoane care ar fi aşezată pe un al treilea scaun. Se poate verbaliza, astfel, conflictul dintre diferitele părţi ale personalităţii clientului. Se pun astfel în dialog persoana care este aşezată pe scaunul clientului cu persoana virtuală plasată pe scaunul gol.

17. Desensibilizarea sistematică este o metodă comportamentală şi se foloseşte în cazul clienţilor anxioşi şi fobici. Consilierul va alcătui o listă ierarhică cu situaţiile ce provoacă anxietate clientului.

Desensibilizarea urmăreşte deconstruirea răspunsurilor anxioase prin intermediul unor comportamente incompatibile cu anxietatea, cum ar fi relaxarea profundă. Se va lucra, împreună cu clientul, comportamentul de relaxare musculară progresivă. Se pot administra şi sugestii personalizate.

După ce clientul şi-a însuşit comportamentul de relaxare, se trece la desensibilizare. Clientul se relaxează conform comportamentului de relaxare învăţat, iar psihologul îi sugerează imaginea celei mai slabe situaţii anxiogene (conform listei alcătuite iniţial). După ce această primă situaţie din listă nu mai generează anxietate, se trece la următoarea situaţie din lista ierarhică. Când clientul resimte tensiune, psihologul înlocuieşte imaginea anxiogenă cu o reprezentare relaxantă.

18. Contractul comportamental este, de asemenea, o metodă comportamentală (**Georgescu, M.,** 2004) ce se întemeiază pe specificarea comportamentului dezirabil şi a factorilor care îl întăresc. Tehnica este eficientă pentru modificarea comportamentelor apărute într-o serie de probleme precum cele legate de: gestionarea timpului, dificultăţile de control comportamental, incapacitatea de susţinere motivaţională a comportamentelor, hiperactivitate. Tehnica permite anticiparea schimbărilor comportamentale, prin reprezentarea consecinţelor pozitive ale noului comportament.

Contractul este scris şi nu impus. Conţine condiţiile fundamentale ce trebuie respectate de către cele două părţi. Contractul va fi încheiat în termeni pozitivi, având în vedere finalitatea sa. Obiectul contractului constă în facilitarea conştientizării comportamentului, în genere, şi a segmentelor neadecvate, cu consecinţele specifice. Cuprinde următoarele categorii de informaţii: 1. comportamentul actual, neadecvat; 2. comportamentul ţintă. Comportamentul ţintă va fi descris în termeni precişi, fără echivoc. Se va stabili calitatea, durata şi frecvenţa de manifestare a comportamentului ţintă. Se vor specifica modalităţile de observare şi măsurare a comportamentului ţintă astfel încât acestea să fie cunoscute de ambele părţi; 3. precizarea consecinţelor (a întăririlor şi penalităţilor) vechiului comportament neadecvat şi ale noului comportament, adecvat. Gratificările comportamentului ţintă vor fi negociate din repertoriul comportamentului preferat al clientului, întrucât trebuie să fie puternic investite pozitiv.

Penalităţile se vor stabili clar şi pot consta din pierderea reciprocă a unor privilegii. Gratificările se vor acorda imediat.

Scopurile învăţării comportamentale sunt accesibile şi proiectate pe termen scurt şi prelungite în raport cu succesul intervenţiei.

19. Modelarea socială, metodă comportamentală, se bazează pe ideea imitaţiei în învăţarea comportamentală. Procedura de modelare socială poate fi, uneori, mai eficientă decât întărirea comportamentală. Clientul este antrenat în a trece de la observarea unui comportament la (re)producerea acestuia.

Modelul poate fi preluat numai dacă are consecinţe adaptative. Modelul poate fi unul real, în care sunt implicate personaje semnificative pentru client (părinţi, profesori, prieteni, persoane publice etc) sau simbolic, în care personajele sunt de ficţiune.

Factorii ce favorizează modelarea socială sunt:1 similaritatea rezultă din necesitatea existenţei unui optimum pentru ca modelul să fie preluat. Discrepanţele majore vor conduce la separarea de model; 2. nivelul de recompensă-pentru a se putea identifica cu modelul, clientul trebuie să conştientizeze avantajele aduse de noul comportament; 3. relevanţa-schimbările operate prin noul comportament să poată fi clar proiectate de client

20. Direcţiile de optimizare personală. **(Georgescu, M., 2004)** presupun:

a) *Susţinerea individuaţiei.* Individuaţia reprezintă un proces de diferenţiere, prin care individul se construieşte ca fiinţă distinctă de celălalt. Frânarea acestui proces este determinată de reglementările excesive pe care persoanele semnificative ale ontogenezei clientului le-au impus. De aceea, sarcina consilierului va consta în identificarea factorilor blocanţi ai individuaţiei în planul familial, prin analiza distanţei pe care clientul o are faţă de normele şi valorile care i-au fost impuse. Se vor identifica modalităţile de raportare reactivă la aceste norme şi încercările de dobândire a autonomiei prin refuz şi opoziţie.

După analiza factorilor blocanţi sub forma normelor şi valorilor care nu reprezintă clientul, se va trece la identificarea aspiraţiilor care îl reprezintă pe client. Prin intermediul acestor aspiraţii, clientul va fi reconectat la procesul de individuaţie, care va avea ca obiective creşterea autonomiei, asumarea riscului şi responsabilităţii în alegerile personale.

b) *Identificarea sensului evoluţiei personale.* Sensul evoluţiei personale se exprimă în diferite planuri. Consilierul va putea aborda iniţial planul profesional.

Consilierul va discuta factorii motivaţionali care susţin clientul în activitatea sa şi va identifica o serie de alternative de expresie a acestor factori în plan profesional. El va identifica factorii de altă natură care sunt transferaţi în motivaţia profesională a clientului său, precum şi influenţele acestora (problematica familială, socială etc). Având în vedere faptul că, alegerea profesiei se face într-o perioadă în care subiectul se află sub incidenţa unor multiple condiţionări, în timpul şedinţelor de consiliere, consilierul va analiza distanţa existentă între profesie şi hobby (ca reflectare adecvată a câmpului motivaţional.

3.3. Tehnici de consiliere utilizate în consilierea de grup

Consilierea persoanelor aflate în dificultate se poate realiza şi în grup, consilierul utilizând în acest caz o serie de tehnici specifice.

Cele mai utilizate tehnici de consiliere în grup a persoanelor aflate în dificultate sunt (**Dumitru, I.,** 2008) :

1. Structurarea, ce se referă la definirea scopurilor şi comunicarea lor, la stabilirea limitelor discuţiilor în vederea realizării obiectivelor propuse. Consilierul organizează munca în grup astfel încât membrii percep scopurile şi evaluează câştigurile în fiecare etapă.

2. *Universalizarea,* presupune a-l învăţa pe cel care exprimă o preocupare că nu este singur, că există oameni care au trecut prin situaţii similare şi care au găsit soluţii de a merge mai departe.

3. *Realizarea de legături,* constă în evidenţierea similarităţilor şi diferenţelor în gândirea participanţilor. Atunci când consilierul realizează legături între idei şi comportamente similare între membrii grupului, intervine şi universalizarea ca mecanism de grup.

4. *Interacţiunea „aici şi acum",* urmăreşte diminuarea discuţiilor despre trecut. Grupul urmăreşte rezolvarea problemelor prezente, luând din trecut numai elementele care pot facilita acest demers.

5. *Feed-back-ul pozitiv,* constă în evidenţierea aspectelor pozitive ale unei situaţii, în stimularea atitudinii de încurajare între participanţii din grupul de consiliere. Spre exemplu, în cazul persoanelor cu handicap care doresc încadrarea într-un loc de muncă, s-a observat existenţa unor complexe de inferioritate referitoare la handicapul lor, complexe care constituie una din principalele piedici în găsirea unui loc de muncă. Consilierul împreună cu psihologul stabilesc metodele de încurajare a participanţilor şi metodele de generare, în grup, a unui comportament de întrajutorare şi susţinere.

6. *Formularea de interpretări ipotetice,* are scopul de a determina preocuparea participanţilor către cauzele, scopurile sau rezultatul unui comportament.

3.4. Consilierea familiei persoanelor aflate în dificultate

Problemele cu care se confruntă familia, în zilele noastre, sunt multiple şi complexe. Modele prin care se analizează familia, dar şi dinamica acesteia, s-au schimbat, odată cu schimbarea sistemelor culturale. Clanurile şi triburile au fost înlocuite de sisteme de guvernare bazate pe protecţie socială şi educaţie. Nevoile cotidiene, rezultate şi din prezenţa în structura familiei a unui membru care se află în dificultate, pun familia în faţa unor presiuni constante, dificile, care necesită o serie de măsuri pe termen scurt, mediu sau lung.

3.4.1. *Specificul consilierii familiilor copiilor cu disabilităţi*

Disabilitatea unuia dintre membrii familiei creează probleme pentru toţi membrii acesteia şi se obiectivează în manifestări de tipul: anxietate, vină, ostilitate, teamă,furie. Aceste manifestări vor avea, la rândul lor, impact asupra persoanei cu disabilitate, asupra efectelor procesului de recuperare şi integrare socială a acesteia.

Literatura de specialitate relevă faptul că, succesul unui demers recuperativ - integrativ al persoanei cu disabilitate este determinat de participarea activă a familiei aparţinătoare în cadrul procesului terapeutic, participare ce nu se realizează imediat, odată cu depistarea stării de disabilitate . Există, identificate, patru etape prin care trece o familie în adaptarea sa către starea de disabilitate a unuia dintre membrii săi **(Urea, R.**, 2005):

1. *Etapa de şoc* este prima fază prin care trec părinţii anunţaţi despre existenţa unei probleme cu care se confruntă copilul lor, ei şi familia. În acest moment sentimentele sunt confuze şi se pot manifesta sub diverse forme precum: – prăbuşire în sine, demoralizare, furie, mânie.

2. *Etapa de negare* este caracterizată de refuzul, manifestat de către părinţi, de a accepta situaţia în care se află copilul. Acest refuz nu este dirijat doar către patologie, ceea ce ar fi normal, chiar obişnuit. El se adresează direct contra copilului însuşi, refuzat pentru că este anormal şi de neacceptat. Majoritatea părinţilor nu înţeleg diagnosticul care le-a fost anunţat de către specialist şi îşi revendică dreptul de a şti adevărul. Astfel, ei ajung să apeleze la specialişti din diferite domenii, pentru a „strânge" cât mai multe opinii despre starea copilului / a membrului familiei care are disabilitate.

3. *Etapa de „căutare a vinovăţiei"*. Mânia şi agresivitatea reprezintă reacţii normale care se manifestă atât în cuplu: („Ţi-am zis să nu faci asta."..), dar şi în familie ("nu am avut niciodată aşa ceva în familie…"). Ele sunt însoţite de reacţii dirijate contra medicilor, consideraţi responsabili. Asupra acestor acuze tronează şi pretenţia de îndreptare a lucrurilor; deci suprimarea copilului/persoanei deficiente: „Din cauza dumneavoastră este aici, ştergeţi ceea ce aţi făcut….". În general, aceasta este etapa când soluţia cea mai la îndemână ar fi abandonarea copilului/persoanei deficiente. Dar această tentaţie este în mod obişnuit tranzitorie.

4. *Etapa noii orientări* este etapa în care familia aparţinătoare sau chiar persoana cu disabilitate/ deficienţă devine mult mai realistă în acceptarea diagnosticului, a implicaţiilor personale şi sociale ce rezultă din acesta.

Începând cu această etapă, familia aparţinătoare începe să descopere care sunt: palierele afectate de disabilitate şi consecinţele afectării acestora; modurile specifice de intervenţie; persoanele şi instituţiile abilitate să realizeze anumite procedee terapeutice; organizaţiile neguvernamentale implicate în promovarea, în general, a drepturilor persoanelor cu deficienţă şi, în special, a găsirii unor metode optime de recuperare a persoanelor cu acelaşi tip de deficienţă pe care îl are copilul/persoana în familia în cauză; modurile terapeutice alternative/de suport etc. În fapt, odată cu această etapă, familia va începe să parcurgă lungul drum al procesului de recuperare şi integrare socială a copilului deficient/ a persoanei cu disabilitate.

Pe durata procesului terapeutic, pot exista situaţii în care familiile să devină fie ***hiperprotective*** faţă de copilul deficient/persoana deficientă, prin limitarea efortului pe care acesta/aceasta trebuie să îl depună pe durata demersului recuperativ, prin limitarea accesului la mediu social pornind de la ideea greşită de a nu-i înrăutăţi acestuia situaţia etc.; fie ***hipoprotective*** faţă de copilul deficient/persoana deficientă, prin manifestarea dezinteresului faţă de acesta/aceasta, prin limitarea accesului la serviciile specializate, sau, în unele situaţii extreme se poate constata abandonarea copilului deficient/a persoanei deficiente.

Consilierea psihopedagogică a familiilor persoanelor cu disabilităţi, care începe încă de la identificarea disabilităţii pentru a se evita crearea unui mediu tensionat este un proces laborios care presupune, la fel ca şi consilierea individuală, lucrul în echipa de profesionişti, ***case-management.*** Fiecare familie consiliată este unică, problemele cu care se confruntă sunt specifice şi particulare.

Consilierea posihopedagogică a familiilor persoanelor cu disabilităţi se derulează pe două mari direcţii. Prima direcţie este reprezentată de actvitatea realizată de către profesionişti, iar cea de-a doua direcţie este reprezentată de grupul de suport, sau de sprijin format din familii care au copii cu disabilitate şi care s-au confruntat cu o serie de probleme similare cu cele cu care se confruntă familia şi care se află în situaţia de criză generată de problemele consecutive stării de deficienţă a copilului/a persoanei cu disabilitate.

Consilierea familiilor copiilor cu disabilităţi /cerinţe educaţionale speciale impune respectarea unor principii (**Vrăjmaş, E.**, 2002, pag. 58):

1. Confidenţialitatea actului de consiliere;
2. Respectul individualităţii;
3. Sinceritatea în cadrul actului de consiliere;
4. Recunoaşterea propriilor limite şi apelarea la un colaborator pentru găsirea, alături de partenerii actului de consiliere, a soluţiilor;
5. Negocierea soluţiilor şi respectarea deciziilor partenerilor implicaţi în actul de consiliere;
6. Nediscriminarea;
7. Acordarea unor servicii integrate prin apelarea la o echipă complexă formată din psihopedagogi, psihologi, asistenţi sociali, medici.

Consilierea psihopedagogică a familiilor copiilor/persoanelor cu disabilitate/ cerinţe educaţionale speciale vizează sprijinul psihologic şi educaţional pentru schimbarea percepţiilor, atitudinilor, pentru formarea unor serii de abilităţi, deprinderi în practicile parentale pentru rezolvarea situaţiilor ce ţin de: relaţiile intra şi extra familiale, conflicte, adaptarea şcolară a copiilor etc.

Procesul de consiliere a familiilor copiilor/ persoanelor cu disabilitate începe cu identificarea, la nivelul fiecărei familii, a nevoilor concrete pe care le are. Specialiştii implicaţi în acest proces au identificat că, nevoile unei familii cu un copil deficient/ o persoană cu disabilitate, pot fi încadrate în următoarele categorii (**Sue, D. W, Sue, D.**, 2003, pag. 98):

a) **Nevoi educaţionale**. Acestea apar încă de la început şi se referă la înţelegerea corectă a diagnosticului de către familie, a consecinţelor directe şi indirecte legate de acesta. Familia are nevoie, din partea specialiştilor, de informaţii concrete pe care să le primească constant într-un limbaj accesibil.

b) **Suport emoţional**. Acesta nu trebuie să se confunde cu mila. El semnifică faptul că familia trebuie să beneficieze de înţelegere şi consideraţie faţă de situaţia cu care se confruntă. Este, de asemenea important, ca fiecare membru al familiei să aibă posibilitatea să-şi exprime trăirile emoţionale, prin intermediul acestora putându-se sesiza modul, gradul în care disabilitatea unuia dintre membrii familiei îi afectează pe ceilalţi membri ai familiei.

c) **Identificarea de alternative realiste.** Implicarea emoţională a membrilor familiei poate afecta aspectul raţional şi logic al demersului terapeutic. Specialiştii implicaţi în recuperarea copilului deficient/a persoanei cu disabilitate trebuie să ia în considerare opţiunile familiei, să ofere informaţii pertinente legate de oportunitatea unui anumit tip de intervenţie, să prezinte rezultatele aşteptate în urma unui demers terapeutic.

d) **Servicii auxiliare.** Problemele cronice sau disabilităţile profunde şi severe implică o nevoie constantă şi permanentă de asistenţă. Aceasta presupune: apelarea la o persoană care să ofere îngrijire de specialitate; modalităţi specifice de transport, mijloace specifice de protezare etc.

Consilierea familiilor persoanelor cu disabilitate are în vedere că familia respectivă este o familie cu ***risc social ridicat***. Specialiştii au relevat că aceasta presupune lucrul intensiv şi de scurtă durată cu clientul, prin centrarea pe situaţia concretă. Din acest punct de vedere, consilierea presupune un tip de intervenţie care poate frustra practicianul şi îi poate crea senzaţia de inadecvare.

Consilierul nu poate fi sigur că a înţeles, la un nivel adecvat, problematica. Presiunea resimţită de consilier este legată de posibilitatea ca, până la următoarea şedinţă, clientul să decompenseze, să adopte un comportament extrem, familia sa să se destructureze. În acest sens obiectivul principal al intervenţiei constă în evitarea catastrofei. Individul şi familia trebuie menţinuţi în afara acestui gen de pericol, până când se recompune un alt moment de echilibru.

În gestionarea situaţiei specifice fiecărei familii, consilierul trebuie să aibă în vedere următoarele elemente:

↔ realitatea-perspectiva familiei va fi centrată pe elemente de realitate şi actualitate, ceea ce-i va permite să (re)găsească aspecte pozitive ale unor posibile modalităţi rezolutive;

↔ schimbarea-reacţia la situaţie va fi folosită ca motor, motivaţie adecvată a schimbării;

↔ nevoia de a acorda ajutor-presiunea acestei nevoi îl va frustra pe consilier, împiedicându-l, uneori, pe acesta să fie eficient;

↔ angoasă-intervenţia poate produce angoasă supraadăugată problematicii iniţiale;

↔ reacţii secundare-anticiparea reacţiilor care pot surveni după ieşirea clientului din criză.

Etapele consilierii familiilor persoanelor cu disabilitate sunt (**Forest, A., 2004, pag. 144**):

a) ***Prima etapă are în vedere, încă de la început, înţelegerea trăirilor*** prin care trece familia, ce simte, ce gândeşte; trăiri precum: frica, sentimentul de pericol, lipsa speranţei şi a sensului etc. Familia aflată în situaţia specifică va testa consilierul şi îşi va exprima dubiile în privinţa capacităţii acestuia de a o ajuta. Consilierul, va susţine familia în nevoia de încercare a capacităţii sale de gestionare a situaţiei specifice. Relevarea problemei care generează situaţia specifică, va necesita trecerea dincolo de aspectele de suprafaţă pe care familia le va considera drept esenţiale. După identificarea problemei de

esenţă, consilierul va prezenta familiei modalitatea în care s-a constituit situaţia specifică, pornind de la cauza generatoare şi problemele secundare determinate.

b) Stabilirea de comun acord a celei mai bune soluţii. Trecerea la cea de a doua etapă trebuie să fie lină, ca rezultate ale explorării adecvate a problemei generatoare. De aceea, problema va fi suficient explorată, sumarizată şi revăzută ca modalitatea de acţiune, aşa cum familia o prezintă. Consilierul se va asigura în privinţa unei percepţii acurate asupra crizei şi a capacităţii clientului de a aborda posibile modalităţi de schimbare.

c) Discutarea alternativelor de implementare a soluţiei convenite. Se vor explora resursele şi suportul imediat de care dispune familia, capacitatea de toleranţă a acesteia la factori stresori, mediul care o poate susţine (prieteni, colegi, grup etc.).

După ce alternativele au fost explorate în raport cu suportul aferent, familia va decide calea cea mai bună de acţiune. Ea se va angaja în respectarea căii de acţiune care trebuie să prezinte un comportament clar.

Dintre cele mai frecvente metode utilizate în consilierea familiei persoanelor cu disabilitate/a copiilor cu cerinţe educative speciale, E. Vrăşmaş, în 2002, le menţionează, diferenţiat, în funcţie de câmpul de intervenţie, pe următoarele:

↔ Pentru schimbarea atitudinilor: chestionarul atitudinilor educative, benzile desenate, tehnica incidentelor critice, tehnica jocului de rol;

↔ Pentru schimbarea comportamentelor: grile de analiză a compòrtamentelor, chestionar BEEP, broşurile educative, crearea de poveşti şi exploatarea lor;

↔ Pentru schimbarea modalităţii de relaţionare intra şi extra familială: tehnica incidentelor critice, tehnica jocului de rol, studiul interrelaţiilor.

3.4.2. *Specificul consilierii familiilor copiilor supradotaţi*

În mod tradiţional, societatea considera că persoanele supradotate nu au nevoie de ajutor, pornind de la premisa că, o persoană creativă, este în, mod automat, independentă şi se poate adapta foarte bine la mediul social.

Însă după ce o serie de studii au relevat faptul că, societatea normalului fie nu acceptă în totalitate, copiii supradotaţi, fie îi aşează pe un piedestal, (fiecare din aceste atitudini nu este benefică pentru adaptarea copilului supradotat la cerinţele mediului social), s-a conturat concepţia potrivit căreia, copiii supradotaţi, familiile lor trebuie să beneficieze de servicii de consiliere şi asistenţă psihopedagogică specializată.

Obiectivele consilierii familiilor copiilor supradotaţi şi a copiilor supradotaţi sunt:

- Formarea abilităţilor, deprinderilor de autoevaluare corectă, la copiii supradotaţi şi la familiile acestora, prin intermediul cărora să accepte mai uşor statutul de: „persoană diferită faţă de ceilalţi membrii ai societăţii";
- Formarea de abilităţi, la copiii supradotaţi şi la familiile acestora, prin care să se identifice cele mai bune oportunităţi de afirmare în plan profesional, dar şi în cel social;
- Formarea, la copiii supradotaţi şi la familiile acestora, a abilităţilor de relaţionare cu ceilalţi membrii ai societăţii ţinând cont de caracteristicile acestora;
- Formarea de abilităţi, deprinderi prin care să facă faţă presiunilor societăţii.

Se ştie că numărul persoanelor supradotate în cadrul masei mari a populaţiei este extrem de scăzut, astfel că, în multe dintre comunităţi, este posibil ca aceste persoane să treacă neobservate. Însă, încă de la vârsta cea mai fragedă, persoanele supradotate şi familiile acestora, pot experimenta fenomenul de izolare socială şi pot deveni frustrate. Fără suportul familiei sau a unui mentor, persoanele supradotate pot să devină depresive, anxioase, să se închidă în ele, să se autoizoleze social.

Însă, prin intermediul procesului de consiliere, copiii supradotaţi/persoanele supradotate, precum şi familiile acestora pot învăţa să se valorizeze, să îi aprecieze pe ceilalţi care sunt diferiţi faţă de ei, să înveţe metode eficiente de interacţiune socială şi profesională cu aceştia.

Consilierea persoanelor supradotate, fie că se realizează în grup sau în mod individual contribuie la crearea unui sentiment de siguranţă personală, de confort, fără, însă, ca talentul să fie denigrat sau venerat. Ea se centrează pe asigurarea unui suport emoţional adecvat oferit de către un terapeut specializat în crearea de programe de consiliere, pornind de la nevoile lor specifice.

În familiile în care părinţii sunt supradotaţi, aceştia pot fi frustraţi ca urmare a neglijării talentului lor în familiile de origine şi devin incapabili să ofere suport emoţional propriilor copii. Se constată că, în aceste situaţii, are loc perpetuarea unor comportamente sociale ineficiente de interacţiune, care pot genera numeroase conflicte între părinţi şi copiii, instaurarea, pe termen scurt sau mediu, la copii, a unor tulburări comportamentale. Astfel că, se creează un cerc vicios, al cărui rezultat final va determina nu numai generarea de situaţii conflictuale între părinţi şi copii, dar şi apariţia unor tulburări de comportament, mai mult sau mai puţin obiectivate social, iar în situaţii extreme se poate ajunge la disoluţia familiei.

Familia, şcoala, locul de muncă, fiecare comunitate reprezintă provocări, atât pentru indivizii talentaţi, cât şi pentru familiile acestora.. Consilierea poate oferi beneficiarilor o stare de confort psihic, de satisfacţie şi împlinire personală, dar mai ales strategii prin intermediul cărora copiii supradotaţi şi familiile lor îşi înţeleg propriile pattern - uri comportamentale, cu limitele pe care acestea le au. Putem spune, fără a greşi, că procesul de consiliere contribuie mai ales, la socializarea copiilor supradotaţi.

BIBLIOGRAFIE

ABEL, O. , 2006, „La fragilité conjugale", în *Dialogue*, nr. 174 /4, Paris.

ALEXANDER, R., 2008, „Education for All, the Quality Imperative and the Problem of Pedagogy", CREATE (Consortium for Research on Educational Access, Transitions and Equity), *Research Monograph*, No 20, University of London, Institute of Education.

AINSCOW, M., 2007, „Teaching for Diversity: the next big challenge", in Connelly, M., He, M. F. and Phillion, J. (eds.), *The Handbook of Curriculum and Instruction*, Sage Publications.

ASOCIAŢIA AMERICANĂ DE PSIHIATRIE (APsyA), 2003, *Manualul de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale*, Ediţia a IV-a, Text revizuit (DSM-IV-R), Editura Asociaţiei Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti.

AUTORITATEA NAŢIONALĂ ANTIDROG, 2006, *Prevalenţa consumului de droguri în sistemul penitenciar din România*, www.ana.gov.ro/rom /studii.htm.

BAILLEUL, P., BATAILLE, A., LANGLOIS, C., LANOE, P., MAZEREAU, P. , 2008 – *De l' intégration à la scolarisation des élèves handicapés:état des lieux et nouveaux besoins de formation des enseignants: Éclairages sur la situation européenne*, Centre d'études et de recherche en

sciences de l'éducation (CERSE) Université de Caen Basse-Normandie Recherche réalisée pour l'UNSA éducation avec le concours de l' IRES, Available online at: http://www.unicaen.fr/recherche/mrsh/files/Rapport.SEH_.pdf Last accessed: 22/02/2011.

BABAN, ADRIANA, 2001, *Consiliere educaţională. Ghid metodologic*, Cluj-Napoca, Imprimeria Ardealul.

BÂRSAN-PESCARU, A., 2000, *Parteneriat în educaţie: familie, şcoală, comunitate,* Bucureşti, Editura Aramis.

BLANC, A. , 2006, *Le handicap ou le désordre des apparence*, Paris, Ed. A. Colin.

BRETT, C., 2009, *Universal Design for Learning and Curriculum Accessibility*, Sonoma State University Center for Teaching and Professional Development.

BAUMAN L., RICHE R., 1995, *Adolescenţii o problemă, părinţii un necaz*, Bucureşti, Editura Antet XX Press.

BUTNARU, D., ŞI COLAB., 1999, *Consiliere şi orientare şcolară*, Iaşi Editura Spiru Haret.

CANNON, W., 1929, *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage,* New-York, London, Appleton & Co.

CHEVALIER, R. M., 2006, „Pour une école inclusive... Quelle formation pour des enseignants? [For an inclusive school... What training for teachers?]", *International Conference*, IUFM de Créteil, November 24-26, 2005, Sceren, CRDP de l'académie de Créteil.

CONVENŢIA PRIVIND DREPTURILE PERSOANELOR CU DIZABILITATI, ONU, 2006.

CRAMARUC N., 2007, *Stima de sine şi anxietatea profesorului: învăţământ special şi de masă*, Editura Lumen, Iaşi.

CUCU-CIUHAN, G., 2001, *Psihoterapia copilului hiperactiv*, Bucureşti, Ed.Sylvi

DAFINOIU I, VARGHA, J.L, 2005, *Psihoterapii scurte: strategii, metode, tehnici*, Iaşi, Editura Polirom – Colecţia Collegium.

DAFINOIU , 2000, *Elemente de psihoterapie integrativă*, Iaşi, Editura Polirom.

DAVID, D., (2006), *Psihologie clinică şi psihoterapie*, Iaşi, Editura Polirom.

DEREVENCO, P., ANGHEL, I., BĂBAN, A., 1992, *Stresul în sănătate şi boală, de la teorie la practică*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.

DEUTSCH, M., 2001, *Psihologia rezolvării conflictelor*, Iaşi, Editura Polirom.

DUMITRU, I.&,colab., 2008, *Consilierea psihopedagogică*, Iaşi, Editura Polirom.

EPURAN, M., 2001, *Psihologia sportului de performanţă. Teorie şi practică* Bucuresti, Editura FEST.

FLORU, R., 1974, *Stresul psihic,* Bucureşti, Editura Enciclopedică Română.

FOREST, A. STEIGERWALD, F, 2004, „Social Constructivism Model of Ethical Decision Making An Examination of Gender and Ethics in Family Counseling", *The Family, Journal: Counseling and therapy for couples and families*, vol. 12, no. 3, July 2004.

GELDER, M., GATH, D., MAYOU, R., 1994, *Tratat de psihiatrie*, Oxford (r), *„Textbook of Psychiatry"*, Oxford Medical Publications – editat de Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România şi Geneva Initiative on Psychiatry.

GEORGESCU M., 2004, *Introducere în consilierea psihologică*, Bucureşti,Editura Fundaţiei România de Mâine.

GUERA, ANTONIO, LEONHARDT JOERG, 2004, CISM, 26-th *Conference of the European Association for Aviation Psychology*, 3-7. Oct, Sesimbra, Portugal.

HADDOU, M., 2004, *Cum să-ţi întăreşti încrederea în sine*. Bucureşti, Editura Trei.

HOLDEVICI, I., 2009, *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*. Bucureşti, Editura Trei .

HOLDEVICI I, NEACŞU V., 2006, *Consiliere psihologică şi psihoterapie în situaţii de criză*, Bucureşti, Editura Dual Tech.

IAMANDESCU, I., B., 2008, *Psihologie Medicală,* Bucureşti, Editura Info Medica.

LENGACHER CECILE A. ET. AL., 2008, *Immune Responses to Guided Imagery During Breast Cancer Treatment*, Biological Research Nursing.

LIVINGSTON, J. D., 2009, *Mental health and substance use services in correctional settings. A review of minimum standards and best practices* Prepared for the International Centre for Criminal Justice Law Reform and Criminal Justice Policy.

MCREYNOLDS, P., 1997, *Lightner Witmer: His life and times.* Washington, DC, American Psychological Association.

MITCHELL, J.T. & EVERLY, G.S., JR., 2001, *Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services,* Third Edition, Ellicott City, MD: Chevron.

MITROFAN, I., NUŢĂ, A., 2009, *Consilierea Psihologică. Cine, ce şi cum? (Repere pentru formarea experienţială)*, reeditare, Bucureşti, Editura Sper.

MUCCHIELLI, A., 2002, *Arta de a influenţa*, Iaşi, Editura Polirom.

MUŞU, I., TAFLAN, A., (coord.), 1997, *Terapia educaţională integrată,* Bucureşti, Editura Pro Humanitate.

NARDONE, G., WATZLAWICK, P., 1990, *L'Arte del Cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, Ponte alle Grazie, Milano.

OANCEA, C., 2002, *Tehnici de sfătuire/consiliere*, Bucureşti, Ed. Medicală.

OECD, 2010, *Educating Teachers for Diversity. Meeting the Challenge*, Paris,http://www.oecd.org/document/38/0,3343,en_2649_35845581_44572006_1_111,00.html Last accessed 20/02/2011.

OPRIŞAN, E., 2010, *Stresul psihic şi implicaţiile sale asupra dezvoltării copiilor – teză de doctorat,* Bucureşti, Biblioteca Facultăţii PSE

PORTALIER, S., 2006, *L'enfant handicapé dans sa famille : des relations complexes pour construire une identité originale*, în Reliance, nr 18, Paris.

POPE, K., S., & VASQUEZ, M. J. T., 1998, *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide for psychologists*, Second Edition. San Francisco, Jossey-Bass.

REGULILE STANDARD PRIVIND EGALIZAREA ŞANSELOR PENTRU PEROANELE CU HANDICAP (1994).

ROZOREA, ANCA ŞI COLAB., 1999, „Familia – o instituţie pentru mileniul III, sau simplu arhetip?", în *Educaţie şi handicap*, nr.1/1999, pp. 97-104.

ROZOREA, ANCA ŞI COLAB., 2006, *Egalizarea şanselor pentru persoanele cu nevoi speciale – între proiect şi realizare*, în Protecţia socială a copilului, nr. 23-24/2006, FICE, România.

SIMEK, I. DOWNING., 1998, *Counseling and psychoterapy- skills, theories and practice*, second edition - New Jersey, Pretince Hall.

STĂNICĂ, I., POPA, M., POPOVICI, D., 2001, *Psihopedagogie specială, deficienţa de auz*, Bucureşti , Editura Pro Humanitate.

SUE, D.W., & SUE, D., 2003, *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (6th ed.). New York, John Wiley Publisher.

STORA, J.B., 1999, *Stresul*, Bucureşti, Ed. Meridiane.

TOMŞA, G, 1999, *Consilierea şi orientarea în şcoală,* Bucureşti, Casa de Editură şi Presă Viaţa Românească.

UREA, R., 2005, „Specificul consilierei persoanelor cu deficienţă", în *Revista de „Protecţie socială a copilului*", FICE România 12/2005, Bucureşti, Editura Universitară.

VERZA, E. F., 2004, *Afectivitate şi comunicare la copiii în dificultate*, Bucureşti, Editura Fundaţiei Humanitas.

VRĂJMAŞ, E.A., 2002, *Consilierea şi educaţia părinţilor*, Bucureşti, Editura Aramis.

http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html

www.euro.who.int/mentalhealth

www.prisonmentalhealth.org

http://www.icclr.law.ubc.ca/files/2009/Mental_Health.pdf

CAPITOLUL XIX
TERAPIA ŞI RECUPERAREA DEFICIENŢILOR

1. SPECIFICUL TERAPIEI ŞI RECUPERĂRII ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ

După cum s-a văzut, orice intervenţie terapeutică vizează atingerea unui stadiu cât mai avansat în recuperarea persoanei în dificultate. Intervenţia terapeutică se poate realiza din perspectivele: psihopedagogiei speciale, psihologiei, pedagogiei, medicinei, sociologiei sau dintr-o perspectivă comună a acestora când, de altfel, se obţin şi rezultate mai eficiente şi într-un timp scurt.

Asemenea intervenţii, pentru diferitele categorii de persoane în dificultate, au fost analizate în acest capitol, iar noi avem intenţia de a sintetiza direcţiile şi modalităţile de acţiune în care ele pot fi încadrate în structurile generale şi conceptualizate în termenii de intervenţie terapeutică şi recuperare. Dat fiind faptul că orice intervenţie se finalizează prin recuperare astfel încât se concretizează, mai mult sau mai puţin. Desigur, recuperarea nu se încheie cu acţiunea recuperatorie, căci rezultatele obţinute pentru formarea şi dezvoltarea psiho-fizică a subiecţilor, modul cum s-au integrat socio-profesional denotă calitatea procesului respectiv. Pentru a duce la bun sfârşit o astfel de acţiune, există o serie de modalităţi constituite, de cele mai multe ori, în metode şi procedee relativ bine conturate. În ansamblu, este vorba de o activitate educativ-instructivă ce se realizează pe căi şi mijloace diferite, în funcţie de tipul de deficienţă, de vârsta persoanelor deficiente, de nivelul afectării, de atitudinea şi motivaţia faţă de activitatea recuperativă.

„Prin recuperare, se urmăreşte, pe de-o parte, să se valorifice la maxim posibilităţile individului aflat în dificultate, iar, pe de altă parte, funcţiile psiho-fizice neafectate trebuie astfel antrenate încât să poată suplini activitatea funcţiilor deficiente pentru a se ajunge la formarea unor abilităţi ce îi permit persoanei o integrare activ-eficientă în viaţa profesională şi socială" *(E. Verza, 1987, pag. 7)*. Recuperarea vizează, în acelaşi timp, pregătirea psihologică a individului pentru a permite crearea unei stări afectiv-motivaţionale corespunzătoare, dublată de confort psihic menţinut prin formarea convingerii eficienţei activităţii depuse. Pentru realizarea acestor deziderate şi pentru a stabili metodologia diferenţiată şi specifică a recuperării este necesar să se pornească de la diagnoza şi cunoaşterea particularităţilor psiho-fizice ale individului, a stadiului evolutiv al diferitelor funcţii, a perspectivei şi prognozei lor. Există o serie de factori de natură psihologică specifici pe categorii de deficienţi şi diferiţi chiar de la un individ la altul, de care trebuie să se ţină seama în adaptarea metodologiei recuperatorii. Aşa cum am subliniat, intervenţia terapeutică utilizată poate fi preponderent psihologică, pedagogică, medicală etc. dar numai o combinare a acestor planuri, şi nu folosirea lor izolată, asigură succesul recuperării. La toate acestea vom face referire în prezentul

studiu, în mod separat, din motive didactice, dar pe care le concepem ca acţiune unitară şi complexă în terapia recuperării. Alegerea şi aplicarea lor de specialişti, psihologii defectologi, pedagogi, cadre didactice şi medicale trebuie să fie raportată la factori subiectivi şi obiectivi, cum sunt: tipul de deficienţă, gravitatea ei, nivelul atins de funcţiile neafectate, posibilitatea preluării unor funcţii ale organelor afectate de către organele sănătoase şi modalităţile prin care se realizează compensarea, starea psihică a individului, vârsta şi sexul acestuia, evoluţia ulterioară a structurilor psiho-fizice şi activitatea pentru care va fi pregătită persoana în dificultate.

„În final, recuperarea trebuie să ducă la ajustări şi transformări care, prin continue acumulări şi adaptări, să determine comportamente ce asigură o existenţă profesională şi socială cu potenţarea progresului pe linia personalităţii" (E. Verza, 1987, pag. 8) şi a exercitării unor comportamente adaptative.

Prin urmare, sunt mai multe forme de recuperare, dintre care mai importante ni se par următoarele:

1. Recuperarea prin învăţare

Învăţarea este, după cum se ştie, de mai multe feluri şi se realizează prin metode şi procedee diferite. Dar pe noi ne interesează nu atât analiza acestora, ci modalităţile prin care învăţarea poate să contribuie la recuperarea deficienţilor, adică evidenţierea a ceea ce este specific pentru categoria de subiecţi respectivi şi adoptarea de soluţii care să sporească activismul elevilor în faţa sarcinii, în vederea unor acumulări cât mai înalte, condiţie a pregătirii pentru viaţă. Se înţelege că, în astfel de situaţii, preluarea şi transpunerea simplificată a metodologiei învăţării de la normali la deficienţi (aşa cum se întâmplă adeseori) nu are darul de a optimiza recuperarea, căci achiziţiile, fie se fac anevoios sau se opresc la un moment dat, fie că nu determină transformări semnificative în planul personalităţii, rămânând la nivelul unor comportamente imitative ce dispar, după un anumit timp, în lipsa modelului.

În aceste condiţii, considerăm că este necesar să subliniem două aspecte: ***a)activitatea de recuperare prin intermediul învăţării trebuie să înceapă încă de la vârsta preşcolară sub formă relativ organizată, dar adaptată la specificul particularităţilor psihoindividuale şi b)dacă la deficienţii de limbaj, de vedere şi motori recuperarea se poate efectua printr-o învăţare predominant intelectuală, la deficienţii de intelect învăţarea va fi predominant afectivă şi motivaţională, iar la cei de auz recuperarea devine mai eficientă prin combinarea formelor menţionate mai sus, cu accent pe o latură sau pe alta, în raport de caracteristicile grupului. La acestea se adaugă alte două forme de învăţare: învăţarea morală şi învăţarea motrică, care vor fi aplicate la toate categoriile de deficienţi ca o condiţie fundamentală pentru facilitarea recuperării.*** Atât învăţarea motrică, cât şi învăţarea morală se constituie în modalităţi de acţiune permanentă tocmai ţinând seama de faptul că motricitatea şi capacitatea însuşirii unor comportamente pe bază de norme morale sunt deficitare în toate cazurile, pe de-o parte, iar pe de altă parte, formarea unor abilităţi din această perspectivă devin esenţiale pentru evaluarea şi aprecierea recuperării şi a posibilităţilor de integrare socială. Se justifică adoptarea unor demersuri de acest gen pentru că argumentele cu privire la intensitatea şi gravitatea tulburărilor de motricitate care există, într-o măsură mai mică

sau mai mare la toate categoriile de deficienţi, împiedică desfăşurarea eficientă a multor activităţi.

Învăţarea intelectuală este destinată, cu precădere, acumulării de informaţii şi însuşirii unui aparat conceptual menit să faciliteze operarea cu informaţiile respective. În acest scop sunt utile toate mijloacele ce facilitează învăţarea, dar să se aibă în vedere că instruirea se realizează, esenţial, prin modele verbale. Prima condiţie pentru înţelegerea celor predate şi asimilarea lor, este aceea că elevul trebuie să capete deprinderi de a decodifica simbolurile lingvistice (orale sau scrise). Aici intră în joc şi capacitatea de a gândi, de a memora, de a fi atent etc. Aceste capacităţi vor sta în atenţia cadrelor didactice pentru a doza conţinutul şi bogăţia informaţiei şi pentru a şti cât trebuie să li se prezinte elevilor. Alte dificultăţi prezente în toate formele de învăţare apar datorită faptului că chiar însuşirea limbajului se face mai anevoios la handicapat faţă de normal. Ţinând seama de toate acestea, trebuie avut în vedere că învăţarea structurilor verbale continuă să facă parte integrantă din învăţarea intelectuală şi devin, în acelaşi timp, forţe indispensabile ale însuşirii conţinuturilor informaţionale. Astfel, recuperarea devine tot mai evidentă pe măsura învăţării structurilor verbale şi a creşterii capacităţii de a vehicula cu acestea în construcţii logice, un conţinut informaţional cât mai bogat asimilat şi înţeles de către subiect.

Însuşirea normelor morale, a valorilor socio-culturale şi formarea unor abilităţi motorii se realizează prin învăţarea afectivă, psihomorală, psihomotrică şi psihocomportamentală. Aceste forme trebuie să însoţească procesele ce se derulează în şcoală şi să contribuie la formarea de sentimente, convingeri, atitudini, aspiraţii şi idealuri, modele de acţiune şi de comportare în viaţă. La deficienţi, activarea factorilor emoţional-afectivi devine condiţie sui-generis pentru asigurarea reuşitei oricărei forme de învăţare şi punerea bazelor recuperatorii. În astfel de situaţii, fenomenul formativ capătă valenţe noi la subiecţii cu handicap şi asigură elaborarea de comportamente ce se pot adecva la situaţia dată şi la contextul relaţiilor interpersonale în care îşi desfăşoară activitatea individul. ***Tendinţa de imitare, mai cu seamă spontană, şi prelucrarea necritică a unor modele comportamentale se transformă, odată cu progresele obţinute pe linia recuperării şi a dezvoltării personalităţii, în condiţii de analiză, chiar şi parţială, a informaţiilor primite, ceea ce face din învăţarea socială o altă modalitate formativă pentru individul cu handicap.*** Datorită fenomenului empatic, ce se manifestă acut la toate categoriile de subiecţi cu handicap, se învaţă relaţionarea socială cu cei din jur, ceea ce contribuie la identificarea psihologică cu modelul. În aceste condiţii, Ego realizează o transpoziţie şi referinţă în raport cu Alter ajungând la elaborarea de conduite cât mai variate. Implicând decentrarea eului, empatia devine modalitate sui-generis pentru stabilirea relaţiilor interpersonale şi crearea unui climat afectiv în colectivitate. Orice om învaţă de la ceilalţi, dar, spre deosebire de normal, subiectul handicapat devine, în multe cazuri, dependent de ceea ce i se transmite şi asimilează prin intermediul contactului nemijlocit cu alţii. În funcţie de modul în care reuşim să-l cointeresăm şi să-i creem o motivaţie corespunzătoare, realizăm relaţii de armonie în grup, iar atunci câd este dezinteresat şi participarea este coercitivă, interacţiunea grupală este dizarmonică iar finalizarea unor comportamente pozitive devine aleatorie. Atât învăţarea, cât şi activismul subiectului trebuie stimulate printr-o serie de întăritori aplicaţi cu consecvenţă, pe bază de recompensă, laudă, îndemn, formarea conştiinţei sentimentului datoriei, admonestarea,

sancţionarea verbală, stimularea sau penalizarea prin notă etc. Dacă avem în vedere ceea ce Vâgotski numea „zona proximei dezvoltări”, atunci putem afirma că adevăratul progres în recuperarea persoanelor cu handicap se realizează numai printr-o continuă îndrumare şi orientare a acestora de către instituţii specializate care posedă cadre didactice competente şi un material didactic adecvat condiţiilor de instruire.

Concepând învăţarea în sens psihologic şi nu limitată la singurul proces de „însuşire de cunoştinţe” considerăm ca scop fundamental al acesteia formarea şi dezvoltarea comportamentelor adaptative, care să conducă la o continuă coechilibrare a personalităţii cu mediul înconjurător. Unii autori, printre care Leontiev, Galperin, Elkonin, sunt de părere că chiar condiţionarea socială a comportamentului, ca latură a învăţării, este dependentă de procesul interiorizării şi al înţelegerii normelor sociale. Eficienţa învăţământului special este cu atât mai mare cu cât se urmăreşte ca învăţarea să nu se limiteze numai la asimilarea de cunoştinţe, ci să se pună un accent deosebit pe formarea de comportamente, atitudini, stări emoţionale, reacţii motivaţional-voliţionale. Depăşind stadiul strict al învăţării, **Eysenck** (1953, 1960) a căutat să stabilească relaţiile ce se impun între învăţare şi personalitate. Ocupându-se de comportamentul nevrotic şi terapia acestuia el este de părere că simptomele nevrotice care duc la neadaptare sunt pattern-uri învăţate prin comportament ca urmare a procesului de condiţionare. Soluţia terapeutică constă, în aceste condiţii, în înlăturarea legăturilor condiţionate pentru habitudinile ce nu duc la adaptare. Dacă condiţionarea clasică duce, prin asociere, la exacerbarea simptomelor (ca în experimentele lui Watson) menţinerea comportamentului nevrotic se datorează condiţionării instrumentale. Spre deosebire de **J. Dollard, N. E. Miller** (1950) şi **O. H. Mowrer** (1950) care s-au ocupat şi ei de natura tulburărilor nervoase şi metodele terapeutice, **H. J. Eysenck** subliniază că chiar din aplicarea teoriei învăţării rezultă particularităţi ale personalităţii legate, nemijlocit, de condiţionare. Astfel, subiecţii diferă între ei prin viteza cu care îşi însuşesc răspunsuri condiţionate, prin forţa manifestării acestor răspunsuri şi persistenţa lor în raport cu unii factori care tind să le înlăture. În acest context, subiecţii introvertiţi dobândesc mai repede habiţudini, dar odată dobândite rezistă mai mult timp. În schimb, extrovertiţii au nevoie de mai multe condiţionări pentru formarea reflexelor care dispar dacă nu sunt întărite. De aici ideea că nevroticii introvertiţi manifestă tulburări de adaptare cu o mai mare rezistenţă în timp.

H.R. Beech recunoaşte, mai mult sau mai puţin direct, că personalitatea are în structura ei elemente ale habitudinilor învăţate, ceea ce face ca terapia comportamentală să se bazeze pe modificarea habitudinilor. Prin aplicarea teoriei moderne a învăţării, autorul citat afirmă că există trei procedee mai importante în terapia manifestărilor nevrotice. Primul este cel al condiţionării aversive, ce are unele puncte comune cu pedeapsa. Când subiectul ajunge la un răspuns neadaptativ, i se aplică un stimul nociv, ca apoi trebuind să se caute un prilej pentru a da un răspuns bun şi, astfel, scapă de pedeapsă. Manifestarea adaptativă este răsplătită prin înlăturarea impulsului cu semnificaţie negativă.

Al doilea procedeu se referă la aşa numita practică negativă. Procedeul constă în aceea că manifestările comportamentale neadaptative, de obicei de tip motor, pot fi inhibate, sau chiar anihilate, prin determinarea subiectului să le producă în mod voluntar de mai multe ori până când, practic, acesta oboseşte. Atunci, subiectului îi este greu să mai practice un astfel de comportament neadaptativ. După o anumită perioadă,

comportamentul său involuntar (anormal) mai poate apărea, dar el trebuie să manifeste tendinţa de a dispare prin repetarea procedeului respectiv. Conform teoriei învăţării, exersarea îndelungată duce la oboseală, care are efect de impuls, iar acesta stopează producerea comportamentului nedorit. Pe măsură ce dispare comportamentul nedorit, se reduce impulsul. Deci, se învaţă răspunsul şi anume obişnuinţa de a nu mai manifesta comportamente similare.

În fine, al treilea procedeu constă în provocarea unor sentimente pozitive, plăcute, care să le domine sau să le inhibe pe cele negative, neplăcute. În acest caz, subiectul va învăţa să asocieze situaţia de tip anxios cu trăirea unor sentimente plăcute care, cu timpul, devin dominante şi vor modifica atitudinea şi răspunsul subiectului.

Aplicarea unor astfel de tehnici, bazate pe teoriile învăţării, în vederea recuperării handicapaţilor, trebuie să ţină seama de două aspecte principale: pe de-o parte este vorba de tipul de deficienţă şi de posibilităţile subiectului de a asimila răspunsurile adecvate la situaţia-stimul, iar, pe de altă parte, există unele comportamente atât de înrădăcinate, încât devin deosebit de rezistente la corectare şi chiar presupun un anumit risc la suprarelaxare pentru a creea impulsul declaşator al răspunsului pozitiv, deoarece apare starea de oboseală. Recuperarea are lor prin constituirea unor momente succesive ale reînvăţării comportamentelor adaptative. În acest context, o importanţă majoră o au şi reacţiile afectiv-emoţionale ce se stabilesc între terapeutul, comportamentul terapeutului şi subiect. Confortul psihologic determină o mai intensă angajare personală care se soldează cu rezultate favorabile şi care deschid noi căi pentru extinderea recuperării asupra altor domenii deficitare. Deşi prin psihoterapie se urmăresc aceleaşi rezultate favorabile, în cadrul recuperării există unele deosebiri ce izvorăsc din punctul de vedere asupra naturii tulburării respective. „Psihoterapeutul, afirmă H. R. Bech, adoptă, adesea, punctul de vedere că un simptom este numai expresia exteriorizată a unei dificultăţi „reale", de bază, în timp ce terapeutul comportamental înclină să creadă că simptomul este dovada unei învăţări greşite sau necorespunzătoare. Dacă ultima concepţie este cea corectă, atunci rezultă două lucruri: că înlăturarea simptomului este suficientă pentru a obţine vindecarea şi că simptomele trebuie să existe „izolat", ca „habitudini", fără a fi generate de o reţea complexă de idei" (1973, pp. 413-414).

Dacă suntem de acord cu cele afirmate mai sus, atunci trebuie să subliniem că, pentru toate categoriile de deficienţi, dar, mai cu seamă pentru cei de intelect şi de auz, tehnicile recuperatorii bazate pe învăţare, respectiv reînvăţare, prezintă – cu siguranţă – unele avantaje. Aceste avantaje nu exclud, în concepţia noastră, utilizarea psihoterapiei în scop de recuperare la deficienţi, dar terapia recuperatorie la aceştia, prin învăţare, este mai uşor de aplicat şi determină rezultate pozitive, atât de necesare, într-un timp mai scurt. După cunoştinţele noastre, tehnicile de recuperare prin învăţare nu au fost experimentate în mod direct la deficienţi, deşi ele sunt implicate, într-un fel sau altul, în întregul proces instructiv-educativ din unităţile speciale pentru aceste categorii de subiecţi. *Pentru ca toate tehnicile de învăţare să răspundă scopului recuperativ, învăţarea, la persoanele handicapate, trebuie concepută ca activitate în care să se delimiteze, ca faze, acţiunile, operaţiile şi actele ce se subsumează procesului formativ al dezvoltării.*

2. Recuperarea prin psihoterapie

Utilizată mai întâi în clinici şi, în special în clinica psihiatrică, psihoterapia este cu totul trecută cu vederea sau sporadic aplicată pe cazuri izolate în unităţile pentru deficienţi senzorial şi de intelect. Această stare de lucruri se explică, în bună măsură, şi pe baza rezervei pe care o exprimă unii autori de prestigiu, printre care W. Kretschmer, cu privire la folosirea psihoterapiei în debilitatea mintală sau în alte cazuri grave de privare senzorială ce au o natură organică. ***În realitate, psihoterapia poate fi considerată ca o metodă ce contribuie la recuperarea psihică şi psihosocială a handicapaţilor de limbaj, motori, senzoriali şi chiar în deficienţa de intelect uşoară sau mdie; ea nu înlătură handicapul ca atare, dar reface spiritul, fortifică personalitatea, înlătură anxietatea şi izolarea, crează motivaţii şi activează pulsiunile individului în procesul recuperator.*** Metodele, tehnicile psihoterapiei sunt dependente de o serie de factori subiectivi ce ţin de structura psihică a subiectului, de vârsta şi nivelul dezvoltării sale intelective, de gradul deficienţei, de natura şi modul ei de manifestare, dar şi de condiţiile concrete în care îşi desfăşoară activitatea.

Din multiplele forme ale psihoterapiei, noi ne vom referi doar la acele metode şi tehnici cu eficienţă recuperatorie în cazul diferitelor categorii de deficienţe. În aceste condiţii, psihoterapia îndeplineşte scopul de a înlătura stările psihice conflictuale, a sentimentului de inferioritate şi a sensibilităţii exacerbate la deficienţii motor şi senzoriali, a consolidării trăsăturilor pozitive de personalitate şi creerea unor motivaţii superioare pentru activitate la toate categoriile de deficienţi. Totodată se va urmări compensarea funcţiilor afectate, astfel încât echilibrul psihofizic să fie restabilit prin acordarea unei ponderi sporite tehnicilor psihopedagogice ale psihoterapiei. Ca atare, psihoterapia se adresează atât personalităţii, cât şi unor forme compensabile ale structurilor biologice.

După opinia noastră, din toate formele psihoterapiei, două sunt cele care se impun cu rezultate mai bune, în cazul deficienţilor, şi anume: *psihoterapia sugestivă* şi *psihoterapia de relaxare.* Dacă avem în vedere că unii deficienţi sunt uşor influenţabili şi datorită dependenţei relativ mari faţă de persoanele din jur, atunci putem aprecia că prin psihoterapia sugestivă se pot obţine unele rezultate care dau speranţe nu numai subiectului ci şi terapeutului. Prin sugestie, terapeutul trebuie să vizeze, în primul rând, acele aspecte care pot fi facil modificate la deficient, pentru a realiza o creştere continuă şi deplină a încrederii în forţele proprii şi în posibilitatea de a suplini funcţiile afectate prin altele sau a valorificării maximale a potenţialului uman restant. În cazul deficienţilor de intelect, sugestia are un rol evident în înlăturarea sau ameliorarea unor comportamente aberante, în formarea unor atitudini favorabile învăţării şi activităţii, în determinarea participării la viaţa colectivului şi aprecierea colegilor după meritele pe care le au, iar pentru deficienţii senzorial şi motor, pe lângă aceste aspecte, sugestia contribuie la estomparea sentimentului inferiorităţii, a anxietăţii şi izolării faţă de cei din jur pe care îi consideră, adeseori, ca răspunzători de nenorocirile lor, dar, mai cu seamă, poate mobiliza subiectul pentru a găsi resursele psihice şi fizice necesare în vederea depăşirii unor dificultăţi care i se păreau de neînlăturat. Prin sugestie, i se demonstrează subiectului că modul său de a privi şi concepe lumea înconjurătoare nu îi este folositor şi nu îi serveşte la afirmarea personalităţii sale. De asemenea, apelând la structurile sale cognitive şi

afective, psihoterapeutul își impune propria voință, orientând și direcționând activitatea subiectului spre acele situații care îi favorizează recuperarea. Realizarea acestui scop este dependentă de măsura în care psihoterapeutul reușește să impună desfășurarea analizei faptelor în mod secvențial, astfel încât subiectul să trăiască cu impresia că el joacă un anumit rol, are o anumită inițiativă în acest context și nimic nu i se impune forțat, pe de-o parte, iar pe de altă parte, cu cât se obține o participare mai conștientă a subiectului, cu atât crește gradul de acceptare și antrenare în sarcină. Desigur, aici ponderea o are sugestia verbală, ceea ce face ca în aplicarea ei să se țină seama de nivelul de dezvoltare și de înțelegere a limbajului dar, mai ales, determinarea unor motivații adecvate pentru activitate.

Psihoterapia de relaxare vizează aspecte mai largi și se folosește de sugestie, dar nu se limitează la aceasta. Complexitatea ei rezultă din dubla acțiune asupra spiritului și a fizicului. „Ceea ce în mod comun este desemnat sub conceptul de *psihoterapie de relaxare* poate fi corect denumită *psihoterapie activatoare,* întrucât aceasta constă, pe de-o parte, în imitarea (activă) a comenzilor psihoterapeutului, iar, pe de altă parte, în participarea conștientă și mobilizarea volițională, în vederea redării unor funcții predominant vegetative" (**Ionescu, G.,** 1976, pag. 416). Așa cum subliniază G. Ionescu, prin formele de relaxare se urmărește organizarea vieții voliționale și direcționarea subiectului spre realizarea tehnicii pentru a obține o participare conștientă și voluntară, iar psihoterapeutul va organiza astfel ședințele încât prin eliminarea, pe cât posibil, a stimulilor externi să determine concentrarea durabilă a subiectului asupra comenzilor primite. În aceste condiții, stările tensionale, hiperexcitabile, stresante, ce antrenează o activitate neuromusculară rigidă și neadecvată la situație, se ameliorează tocmai prin relaxarea fizică a întregului organism. Pe baza relaxării sistematice a psihicului, prin intermediul fizicului, se produce ceea ce E. Iacobson numea „relaxarea progresivă". Exersând o asemenea tehnică, pe o anumită perioadă de timp, subiectul va reuși să-și formeze deprinderi pentru liniștirea fizicului și spiritului. Dar dintre toate tehnicile de relaxare, metoda Schultz se pare că este cel mai frecvent folosită. Ea este menită să creeze o stare de relaxare prin parcurgerea mai multor faze în care confortul psihic și fizic devine tot mai accentuat, ceea ce face ca subiectul să se implice afectiv-volițional în activitatea respectivă.

Având în vedere aceste considerente și, mai cu seamă, participarea conștientă și voluntară, se înțelege că persoanele cu deficiență de intelect nu pot beneficia decât parțial de relaxare. În schimb, ele își dovedesc valoarea în deficiențele senzoriale și de motricitate ca și în cele de limbaj. Prin unele faze pot fi trecuți și subiecții cu deficiență ușoară de intelect, căci acestora li se formează, cu timpul, deprinderi de autocontrol limitat.

O atenție deosebită o merită utilizarea metodei Schultz, pentru înlăturarea logonevrozei ca și varianta asemănătoare propusă de K. Rech, ce are în vedere corectarea bâlbâielii prin „trăirea îngreunării și a căldurii". O asemenea variantă de destindere are drept scop de a imprima subiectului calm, liniște și tihnă. Acțiunea începe prin creerea imaginii greutății membrelor, a corpului și a căldurii lor la care se asociază gânduri plăcute, dispoziție pozitivă care se pot susține, la nevoie, de o muzică potrivită și de vizionarea unor filme odihnitoare (imagini cu flori, peisaje etc.). Alte variante ale destinderii, cum este cea elaborată de Kurka, au la bază vizionarea unui film neverbalizat,

iar subiecţii povestesc ceea ce pricep, îndeplinind, totodată, rolurile respective sau trainingul fonic, ca şi „terapia motorie de descărcare”, elaborată de Trojan, asemănătoare cu „intenţia paradoxală” a psihiatrului vienez Frankl, când logopatul îşi doreşte stările temute şi se bâlbâie, astfel, după dorinţă, reuşind să se obişnuiască cu această stare, fapt ce duce la învingerea fricii de bâlbâială (**E., Verza**, 1972).

Succesul tehnicilor la care ne-am referit mai sus şi al altora (psihoterapia prin vis treaz dirijat, psihoterapia nondirectivă etc.) depind, în bună măsură, şi de pregătirea, măiestria şi devotamentul psihoterapeutului pentru activitatea ce o desfăşoară. În acelaşi timp, trebuie remarcat că o importanţă deosebită o are relaţia ce se stabileşte între terapeut şi subiect. Este necesar ca subiectul să aibă încredere în terapeut şi să vadă în el un exemplu pe care să-l urmeze. Discuţiile şi relaţiile trebuie să fie calde, afectuoase şi să asigure un înalt grad de securitate şi de confort psihic pentru subiect. Psihoterapeutul trebuie să se bucure de prestigiu în faţa subiectului, dar să se ferească de a adopta o atitudine de autoritarism. În grup, psihoterapeutul va favoriza adoptarea unor soluţii pozitive şi îi va ajuta pe subiecţi să depăşască momentele dificile sau critice atât prin intreventiile sale, cât şi prin imprimarea ideii că toţi subiecţii sunt egali în grupul respectiv. Psihoterapia poate fi aplicată atât individual, cât şi în grup. Alcătuirea grupului se bazează pe unele condiţii, printre care ni se par semnificative următoarele: tipul de deficienţă, posibilităţile de înţelegere şi de verbalizare, vârsta subiecţilor (ce are importanţă mai mică pentru deficienţii de intelect, dar cu semnificaţie majoră pentru celelalte categorii), numărul subiecţilor (activitatea a confirmat că grupele de 5-7 subiecţi răspund cel mai bine solicitărilor psihoterapeutice. Activitatea psihoterapeutică se va desfăşura pe baza unui program stabilit în prealabil şi prin respectarea orelor şi zilelor stabilite. Numărul activităţilor poate fi de 3-6 pe săptămână, iar durata lor, de circa o oră, cu posibilităţi de prelungire în funcţie de structura grupului. După părăsirea gruplui de către unul dintre subiecţi (din motive obiective sau subiective) psihoterapeutul poate coopta un alt membru ce se va integra, cu timpul, în activitate, iar grupului i se asigură caracterul de semideschis.

Pentru toate categoriile de persoane deficiente, jocul se constituie ca modalitate psihoterapeutică deoarece îndeplineşte numeroase funcţii distractive ce duc la realizarea unor dispoziţii pozitive şi determină deconectarea faţă de situaţiile traumatizante, tensionale. În acelaşi timp, formele de psihoterapie, bazate pe „loisir” contribuie la depistarea şi pătrunderea în intimitatea complexă a Eului subiectului, a mecanismelor motivaţionale şi a resorturilor afective în stabilirea relaţiilor grupale, de antrenare în activitate şi de formare a sistemului atitudinal, ceea ce facilitează proiecţia personalităţii. Ca atare, asemenea forme întăresc procesul formativ al psihoterapiei, contribuie la refacerea psiho-fizică a subiectului şi la facilitarea diverselor modalităţi compensatorii ducând, în final, la recuperare şi la o eficientă integrare în colectivitate.

3. Recuperarea prin terapie ocupaţională

Şi terapiile ocupaţionale sunt de mai multe feluri, dar, pentru deficienţi, cele mai semnificative se referă la ludoterapie, muzicoterapie, terapia prin dans şi ergoterapia. Dacă avem în vedere că unii deficienţi manifestă un interes viu pentru muzică, pictură, dans, atunci ajungem la concluzia că formarea unor grupuri care să aibă în centrul

preocupărilor lor asemnea activităţi constituie nu numai momente de consumare a energiei, dar şi de găsire a propriei subiectivităţi, prin aprecierea rezultatelor activităţii. Astfel de grupuri pentru muzică, pictură şi dans trebuie să cuprindă numai pe acei subiecţi care doresc şi manifestă unele înclinaţii, dar şi pe cei ce pot fi cointeresaţi pentru activităţile de relaxare cu realizarea unor finalităţi ce le produc satisfacţii şi le dau încredere în forţele proprii. Totuşi, rămâne ca formă fundamentală, pentru terapia ocupaţională, ergoterapia. Subliniem că aici, preponderent, trebuie să fie integrarea subiecţilor într-o activitate cu caracter social, profesional şi în care ei să-şi valorifice la maxim potenţialul fizic şi psihic restant. În acest sens, solicitările ce se formulează trebuie adaptate la posibilităţile subiectului, căci, altfel, apare descurajarea şi scade interesul faţă de activitate. Or, important este să se menţină buna dispoziţie şi să se stimuleze apetitul pentru aceasta. Atunci, rezultă că deficientul trebuie să-i înţeleagă rostul şi să fie convins de caracterul său util atât pentru el, cât şi pentru societate, care, ulterior, să capete conştiinţa utilităţii activităţii sale.

Strâns legată de ergoterapie este socioterapia care, împreună, constituie o latură a procesului psihoterapeutic. Din punct de vedere socioterapeutic, ameliorarea condiţiilor ambianţei şi prevenirea sau înlăturarea unor relaţii interindividuale ori intergrupale conflictuale şi tensionale facilitează integrarea subiectului în viaţa socială-profesioanală. Rezultatele cele mai eficiente, în integrarea deficienţilor, sunt cele ce pornesc de la conceperea individului ca unitate biopsihosocială în raport de care programul complex recuperatoriu vizează atât latura biologică, cât şi cea psihologică şi socială. În acest context, socioterapia îşi atinge scopul şi înlesneşte acţiunea formativă a ergoterapiei prin creerea unui climat psihosocial pozitiv în care individul să realizeze locul său în cadrul grupului şi să trăiască momente de satisfacţie faţă de activitatea desfăşurată. O valoare asemănătoare i se poate acorda şi ludoterapiei în relaţia ei cu ergoterapia, pentru că atât jocul, cât şi munca sunt forme de activitate. Cu toate elementele comune, totuşi, jocul nu se confundă cu munca, dar, aşa cum afirmă J. Chateau este „o punte aruncată între copilărie şi vârsta matură". Jocul îl pregăteşte pe copil pentru muncă, căci, pe de-o parte, îl fortifică din punct de vedere fizic şi îl abilitează pe linia colaborării în grup, iar pe de altă parte îi crează o bună dispoziţie, o stare stenică şi îi reface energia consumată (**U. Şchiopu** şi **E. Verza**, 1981, pag. 318).

În deficienţele asociate, terapia recuperatorie trebuie să vizeze, în egală măsură, toate mijloacele compensatorii şi de ajustare, educare, a funcţiilor ce se supun acestor influenţe pozitive, în care rolul fundamental îl vor deţine factorii psihopedagogici. Dacă acţiunea recuperatorie nu se desfăşoară organizat şi continuu, nu numai că nu se obţin progrese, dar involuţia devine tot mai evidentă pe măsura trecerii timpului (**E. Verza**, 1983, pp. 201-202).

În mod deosebit, pentru atingerea scopurilor, în acest caz, se va pune accent pe stimularea funcţiilor normale şi pe posibilitatea de a compensa, de către subiect, lipsa de activitate a celor deficitare. O condiţie, în acest sens, este şi crearea unei ambianţe plăcute, ca şi efectuarea unor activităţi ce au o finalitate cât mai apropiată pentru ca subiectul să realizeze utilitatea muncii. Pe cât este posibil, activitatea desfăşurată de subiect să nu se îndepărteze de condiţiile şi de formele muncii obişnuite pentru a putea forma obişnuinţele şi abilităţile necesare integrării profesionale şi sociale viitoare. Implicit, prin ergoterapie se urmăreşte şi înlăturarea unor comportamente aberante,

corectarea unor tulburări afectiv-emoţionale, stimularea activităţii psihomotorii şi adoptarea unor obiceiuri sociale adaptativ-integrative. Formarea sentimentelor de cooperare şi întrajutorare, a spiritului de apreciere a rezultatelor muncii altora şi a credinţei că numai prin efort, prin stăpânire de sine, prin hărnicie şi curaj poţi deveni folositor ţie şi altora, se educă calităţi indispensabile recuperării şi dezvoltării personalităţii.

Interesul tot mai accentuat manifestat în rândul specialiştilor pentru studiul conduitelor umane şi activităţile ludice permite surprinderea unor particularităţi ale personalităţii ce pot fi mascate în alte împrejurări. De remarcat că, la persoanele deficiente, conduita ludică este saturată de factori biologici, psihologici şi sociali care ocupă o pondere diferită în funcţie de nivelul dezvoltării psihice şi gradul deficienţei. Dar, în orice situaţie factorii psihologici sunt cei care facilitează ludoterapia. Aşa numita funcţie marginală a jocului capătă o semnificaţie deosebită pentru procesul compensator şi de terapie recuperatorie. Astfel, caracterul compensator devine evident în situaţiile catarsice şi proiective ale jocului, iar terapia recuperatorie contribuie la dezvoltarea comportamentelor de socializare. Ludoterapia îşi atinge scopul acolo unde specialistul ştie să creeze o situaţie psihologică optimă, în care să domine o stare de activare a subiectului dublată de relaxare şi plăcere ce pot înlătura plictiseala şi anxietatea pentru activitate, în paralel cu reuşita activităţii desfăşurate.

Se pot aprecia efectele optime ale recuperării, atunci când subiecţii îşi dezvoltă o serie de calităţi fizice şi psihice care îi fac apţi să ajungă la:

1. ***o oarecare autonomie personală;***
2. ***exercitarea unei ocupaţii sau profesii;***
3. ***formarea unor comportamente adecvate la situaţie, ceea ce permite integrare socială;***
4. ***capacitatea de a comunica prin limbaj oral sau scris, printr-o continuă înţelegere a lumii înconjurătoare şi a relaţiilor cu ceilalţi;***
5. ***formarea unor interese cât mai diverse;***
6. ***formarea simţului de responsabilitate şi de autoconducere;***
7. ***formarea capacităţii de a aprecia şi de a prevedea situaţiile viitoare;***
8. ***însuşirea abilităţilor psihomotorii şi a dexterităţilor manuale.***

Acestea se constituie nu numai ca parametri ai aprecierii eficienţei procesului recuperativ, dar şi ai calităţii activităţii desfăşurate de către cadrele didactice, de toţi factorii implicaţi într-un fel sau altul în activitatea de pregătire şi de formare pentru viaţă a persoanelor deficiente. Pentru a surprinde toate aceste situaţii, se impune efectuarea unor studii transversale care să deceleze particularităţile psihoindividuale ale subiecţilor şi longitudinale, menite să surprindă evoluţia în timp a fenomenelor adaptative şi de integrare socioprofesională.

În majoritatea ţărilor unde s-a acumulat o experienţă bogată în educaţia şi recuperarea copiilor aflaţi în dificultate, cercetările de specialitate scot în evidenţă faptul că învăţământul special constituie cadrul cel mai adecvat pentru dezvoltarea funcţiilor psihofizice restante şi pregătirea pentru viaţa socială a individului. Învăţământul special din ţara noastră îşi justifică existenţa nu numai prin caracterul umanitar, dar şi prin pregătirea constantă a elevilor pentru activităţi practice şi de viaţă, astfel încât aceştia să nu devină o povară pentru familie şi societate. Eforturile pentru societate nu sunt de

neglijat, dar scopurile nobile şi rentabile, în viitor, întrunesc condiţiile formative şi de dezvoltare ale fiinţei umane, indiferent de zestrea sa nativă sau de afecţiunile dobândite ulterior.

2. RECUPERAREA PRIN ÎNVĂŢARE LA DEFICIENŢII DE INTELECT

2.1. După cum se ştie, dezvoltarea umană înseamnă formarea treptată a individului, ca personalitate. Acesta este un proces complex care se bazează pe creştere, mai ales în plan biomorfologic, pe maturizare, mai ales în plan psihofuncţional şi pe socializare, mai ales în planul adaptării la condiţiile de mediu. Dintre aceşti factori, cel biologic este determinat genetic, dar creşterea biomorfologică este dependentă şi de condiţiile de mediu. Procesul de maturizare este, într-o măsură mult mai mare dependent de mediul în care se dezvoltă individul, cu toate că aspectele psihice bazale (de exemplu, cele temperamentale) au o importantă componentă înnăscută. Procesul socializării este acel aspect al dezvoltării care se realizează sub influenţa hotărâtoare a mediului socio-cultural.

Ursula Şchiopu (1976, pag. 124) afirma că „în dezvoltarea psihică pot avea loc opriri sau chiar regresii sub influenţa unor factori deterioranţi, stresanţi, tensionali etc. Întârzierile dezvoltării psihice pot fi întârzieri de apariţie a unor conduite superioare sau a unor conduite noi (întârzieri în structurarea vorbirii la copiii mici, spre exemplu) sau întârzieri de dezvoltare psihică propriu-zise (după ce conduitele s-au constituit). Fiind în cea mai mare parte dependentă de caracterul şi conţinutul influenţelor educative, dezvoltarea psihică constituie finalitatea principală a procesului de învăţământ". Se poate afirma că dereglarea funcţionării normale a oricăruia dintre parametrii amintiţi şi, cu atât mai mult, a funcţionalităţii lor în comun, va determina tulburări ale procesului dezvoltării. Din această perspectivă, tulburările procesului dezvoltării sunt inerente oricărei deficienţe sau incapacităţi cu caracter complex, generatoare a unei inadaptări stabile, adică a unei stări de handicap, dar numai atunci când nu sunt iniţiate, de timpuriu, măsuri corectiv-recuperative cu caracter personalizat.

În această accepţiune, conceptul de „tulburare de dezvoltare" se suprapune cu ceea ce putem numi „afecţiuni derivate sau secundare", consecutive unui factor nociv primar neabordat la momentul oportun într-un proces terapeutic adecvat.

Aşa cum am mai arătat în studii realizate anetrior (1997, 1999, 2002), tulburările specifice ce pot interveni în procesului dezvoltării la copiii cu deficienţe au loc în diferite paliere ale structurii personalităţii, orice deficienţă – denumită după palierul în care se află defectul primar – prezentând şi o anumită constelaţie de tulburări derivate, mai mult sau mai puţin accentuate şi afectând, mai ales, funcţiile psihice complexe.

Copiii cu deficienţă de intelect de origine patologică sau cei cu etiologie mixtă prezintă afecţiunea primară la nivelul cortexului, îndeosebi prin afectarea dinamicii corticale, iar tulburările secundare, derivate sunt prezente la nivelul diferitelor paliere ale personalităţii, mai ales la nivelul cogniţiei superioare, aşa cum arată **L.S. Vâgotski** .

Tulburările procesului dezvoltării la diferite categorii de persoane cu deficienţe sunt diferite de la o situaţie la alta, în funcţie de modul în care interacţionează factorii biofuncţionali şi cei socioculturali. Cu toate acestea, când deficienţii nu sunt cuprinşi, de

timpuriu, într-un proces organizat de modelare compensatorie, ei se vor afla sub influenţa negativă a unor fenomene comune, a unor cauze asemănătoare care acţionează similar, independent de tipul deficienţei:

- O primă asemenea cauză se referă la faptul că la toţi copiii cu deficienţe are loc, sub o formă sau alta, o *limitare mai mult sau mai puţin accentuată a accesului la informaţie*, precum şi a capacităţii de prelucrare şi de transmitere a acesteia.
- O a doua cauză comună, care influenţează dezvoltarea tuturor deficienţilor, constă în *activismul lor limitat, în capacitatea redusă de automobilizare la activitate.* Deficienţii întâmpină dificultăţi în a se antrena spontan, din proprie iniţiativă, în activităţile specifice vârstei la care se află subiectul. O mare influenţă negativă asupra activismului la toate categoriile de deficienţi o are experienţa eşecurilor repetate, a atitudinilor de respingere din partea celorlalţi, a exigenţelor exagerate ale celor din jur. Se poate afirma că inactivismul, manifestat de deficienţi, este întreţinut şi de atitudinea membrilor familiei care fie îi neglijează, fie îi supraprotejează şi nu îi implică în activităţi variate.
- O a treia cauză comună, care influenţează negativ dezvoltarea deficienţilor, o reprezintă *limitarea, îngustarea relaţiilor interpersonale şi de grup* prin izolare şi autoizolare. Astfel de relaţii interpersonale negative se stabilesc atunci când comunitatea din care face parte deficientul nu este pregătită să-i înţeleagă particularităţile, atât din punct de vedere al dezvoltării, cât şi din punct de vedere al reacţiilor, inclusiv comportamentale şi nu îl ajută să-şi depăşească dificultăţile, pentru ca astfel să-i înlesnească adaptarea. În acest context, mulţi deficienţi, indiferent de natura deficienţei, trăiec, tot mai accentuat, sentimentul de inferioritate faţă de cei din jur şi manifestă fenomene de inadaptare de tip reactiv , devin instabili, nedisciplinaţi, nu se antrenează în activităţi cu ceilalţi copii, cu alte cuvinte, dobândesc un handicap de adaptare la mediul social căruia îi aparţin.

Este evident că aceste cauze comune, care acţionează asupra dezvoltării deficienţilor, sunt strâns legate între ele, iar acţiunea lor asupra procesului dezvoltării va determina o serie de manifestări asemănătoare la toate categoriile de copii cu deficienţe şi anume:

- *Întârzierea dezvoltării*, sub diferitele sale aspecte, reprezintă una dintre aceste manifestări asemănătoare. Toţi deficienţii, indiferent de natura deficienţei, necuprinşi în activitatea de educaţie şi terapie specifică de timpuriu, manifestă rămâneri în urmă, mai mult sau mai puţin accentuate, în procesul dezvoltării lor.
- O altă manifestare asemănătoare la toţi deficienţii necuprinşi în activitatea de terapie complexă o reprezintă *inegalităţile (uneori accentuate) ale dezvoltării* la unul şi acelaşi individ. La copiii cu deficienţă mintală, chiar baza mecanismelor compensatorii (sistemul nervos central) este lezată organic şi/sau funcţional. Pe acest fond, la copiii cu deficienţă mintală, întârzierile în dezvoltare se prezintă ca o

accentuată dizarmonie a structurilor personalităţii, ceea ce generează insuficienţă în procesul de adaptare. Reflectată în profiluri psihologice heterocronice (**R. Zazzo, M. Chiva**, 1979), această dizarmonie îşi are punctele de maximă ineficienţă la nivelul organizării spaţiale (**C-tin Păunescu**, 1977) şi în fragilitatea şi labilitatea conduitei verbale (**E. Verza**, 1973), prin dereglarea raportului dintre activitatea practică şi limbaj (**A.R. Luria**, 1960, **V. I. Lubovski**, 1978). Cercetările au demonstrat că există şi o serie de elemente mai bine păstrate în profilul psihologic al deficientului de intelect, evidenţiate prin rezultatele mai bune pe care aceştia le obţin la probele de eficienţă psihomotorie. Tocmai de pe poziţia acestor elemente mai bine păstrate trebuie declanşată activitatea de recuperare.

- O a treia manifestare asemănătoare a tuturor deficienţilor o reprezintă *afectarea mai mult sau mai puţin accentuată a procesului socializării*, aceasta fiind o reflectare în planul adaptării a primelor două manifestări amintite mai sus.

Realizând o sinteză a celor prezentate, putem afirma că drept urmare a acţiunii diferiţilor factori la toate categoriile de deficienţi, deci şi la deficienţii de intelect, se produce o limitare a accesului la informaţie, o diminuare şi îngustare a activismului operaţional şi o tendinţă de (auto)izolare, toate acestea având drept consecinţe întârzieri şi inegalităţi în dezvoltare, precum şi dificultăţi în procesul de socializare. O consecinţă mai generală o reprezintă scăderea şanselor de integrare a deficienţilor, prin reducerea competenţelor acestora, sub cerinţele minime ale adaptării sociale. Astfel, se produce instalarea stării de handicap, cu atât mai frecvent cu cât exigenţele sociale, concretizate în solicitări de adaptare, sunt mai ridicate.

2.2. Tulburările de dezvoltare prezentate nu compromit, în ansamblul lor, structurarea personalităţii. După cum se ştie, organismul afectat reaţionează spontan prin mecanisme compensatorii de substituire şi restructurare funcţională, menite să diminueze tulburările procesului de dezvoltare. Una dintre cele mai importante trăsături comune tuturor persoanelor deficiente este *tendinţa spontană de reechilibrare prin reacţii compensatorii*. În acest sens, intervenţia psihopedagogică îşi propune să declanşeze şi să menţină mecanismele compensatorii în vederea diminuării sau chiar a înlăturării tulburărilor de dezvoltare. Eficienţa terapiei complexe depinde de declanşarea ei cât mai de timpuriu când, pe baza unei mai bune plasticităţi a sistemului nervos central, rezervele compesatorii sunt mai bine păstrate. De asemenea, terapia poate fi eficientă numai în condiţiile în care măsurile respective se vor desfăşura în condiţii normale de viaţă, adică în condiţii stimulative pentru dezvoltarea copilului.

Făcând referire la copiii cu deficienţe, **M. I. Zemţova** (1965) defineşte compensaţia ca pe „un proces aparte de dezvoltare, în condiţiile căruia se formează noi sisteme dinamice de legături condiţionate; au loc diferite substituiri; se produc corectări şi refaceri ale unor funcţii distruse sau nedezvoltate; se formează modalităţi de acţiune şi însuşire a experienţei sociale; se dezvoltă capacităţi fizice şi mentale şi, totodată, personalitatea copilului în ansamblul său".

Ca lege a procesului dezvoltării, compensaţia acţionează în direcţia reechilibrării acestui proces, ori de câte ori intervine un factor perturbator, cum ar fi o deficienţă, o disfuncţie, o incapacitate etc.

În anumite condiţii defavorabile, rezultatele procesului compensator se pot pierde prin *decompensare*. Acest fenomen este invers dezvoltării compensatorii şi se produce frecvent la copiii cu deficienţe în anumite situaţii cum ar fi: întreruperea programului terapeutic specific sau în situaţia în care acest program este parcurs superficial. La deficienţii de intelect, fenomenul decompensării apare frevent şi poate fi pus în legătură cu fenomenul „vâscozităţii genetice" pusă în evidenţă de **B. Inhelder**, cunoscuta colaboratoare a lui **J. Piaget**.

De asemenea, un alt fenomen, care apare frecvent la copiii cu deficienţe, îndeosebi mintale, este acela al *pseudocompensării*, fenomen ce constă în reacţii adaptative neadecvate, ca răspuns la condiţii de mediu sau educative defavorabile. Unii autori consideră că prin reacţii pseudocompensatorii repetate, la unele categorii de deficienţi, se consolidează, treptat, anumite trăsături caracteriale negative, cum ar fi minciuna, tendinţa de a linguşi etc.

Referindu-se la fenomenul compensării la persoanele cu deficienţe, **D. Damaschin** (1973, pag. 36) consideră că este important să înţelegem „cum anume, în condiţiile activităţii, ale educaţiei şi muncii se vor crea noi căi şi noi mijloace compensatorii atât pe calea vicarierii (a suplinirii), cât şi pe calea restructurării funcţionale". Astfel, este evident că, în afara activităţii, inclusiv sub forma activităţii de învăţare, de muncă, nu putem vorbi de compensare, mai ales de compensare prin restructurarea schemelor funcţionale, acest proces bazându-se pe interiorizarea treptată a unor modele funcţionale.

Analizând fenomenul complex al dezvoltării compensatorii, **M. I. Zemţova** (1965) se referă la o serie de legităţi ale acesteia, pe care le vom analiza în cele ce urmează:

a. *Restructurarea compensatorie a procesului compensării are loc pe baza formării structurilor reflex-condiţionate* în conformitate cu legile neurodinamicii. În strânsă legătură cu condiţiile în care copilul este antrenat în activitatea compensatorie, dar şi cu conţinutul acestei activităţi, prin măsuri de terapie generală şi specifică, *se dezvoltă, treptat, diferitele funcţii psihice* la un nivel mai mult sau mai puţin apropiat de cel normal.

De semenea, *au loc diferite restructurări funcţionale şi substituiri.* La acest proces de restructurare compensatorie iau parte principalele verigi ale sistemului nervos central:

- subcortexul cu reflexele sale necondiţionate complexe;
- primul sistem de semnalizare corticală, la nivelul căruia se realizează operaţiile analitico-sintetice elementare;
- al doilea sistem de semnalizare, la nivelul căruia se realizează procesele analitico-sintetice complexe şi funcţia cognitivă bazată pe limbaj şi gândire.

Restructurarea compensatorie se realizează prin trasarea unor „căi ocolite". Această idee a fost promovată de **L. S. Vâgotski** (1971), care a pornit de la teoria lui Köhler. Acesta afirma că prin cale ocolită se înţelege „operaţia care apare atunci când atingerea scopului pe cale directă devine dificilă" (**Köhler**, *apud* **L. S. Vâgotski,** 1971, pag. 123). Aplicând această idee la activitatea cu copilul deficient L. S. Vâgotski afirmă

următoarele: „dacă acest copil nu poate obţine ceva pe cale directă, dezvoltarea unor căi mediate devine baza compensării lui.” (**L. S. Vâgotski,** 1971, pag. 148).

b. *Restructurarea compensatorie a procesului dezvoltării se declanşează automat*, imediat după ce s-a produs leziunea organică şi dereglarea funcţională, ea fiind deosebit de eficientă, mai ales când fenomenul se produce la vârste mici.

c. *O activitate de terapie complexă, iniţiată de timpuriu, determină obţinerea unor rezultate compensatorii optime.* Aceste activităţi terapeutice complexe timpurii previn instalarea sau diminuează manifestarea tulburărilor secundare ale dezvoltării. În caz contrar, în situaţii de neglijare sau de organizare defectuasă a activităţilor terapeutice, organismul lezat poate reacţiona prin manifestări pseudocompensatorii şi de falsă adaptare.

d. *În procesul adaptării compensatorii, organismul lezat face apel la o serie de funcţii care, în mod obişnuit, nu joacă un rol aparte, dar care se intensifică, treptat, prin exerciţiu.*

2.3. După cum afirmă **Pantelimon Golu** (1985, pag. 24) învăţarea se referă la „acel proces evolutiv, de esenţă infomativ-formativă, constând în dobândirea, (recepţionarea, stocarea, valorizarea internă) de către fiinţa vie – într-o manieră activă explorativă – a experienţei de viaţă şi, pe această bază, în modificarea selectivă şi sistematică a conduitei, în ameliorarea şi perfecţionarea ei controlată, şi continuă sub influenţa acţiunilor variate ale mediului ambiant”. Avem aici o definiţie a învăţării în sens larg. Acelaşi autor ne oferă, însă, şi sensul restrâns al procesului vizat, adică atunci când el se desfăşoară în mod organizat, instituţionalizat, deci în şcoală: „învăţarea şcolară reprezintă forma tipică, specifică în care se efectuează învăţarea la om, forma ei completă şi cea mai înaltă, deoarece, la nivelul ei învăţarea nu decurge pur şi simplu de la sine, ci este concepută, anticipată şi proiectată să decurgă într-un fel anume, ca activitate dominantă” (**Golu, P.**, 1985, pag. 23).

Învăţarea umană reprezintă o activitate psihică foarte complexă, deosebit de importantă pentru adaptare, care constă în însuşirea de:

- cunoştinţe (învăţare cogitivă);
- operaţii mintale (învăţare formativă);
- deprinderi în domeniul vorbirii orale, al citirii şi al scrierii (învăţare instrumentală);
- sentimente (învăţare afectivă),
- comportamente şi deprinderi manuale (învăţare practică) etc.

Astfel, se poate observa că, prin învăţare, se acumulează nu numai cunoştinţe, ci şi operaţii şi chiar structuri cognitive şi procese psihice, reacţii psihomotorii şi comportamentale, simboluri şi semnificaţii, scheme de adaptare socială etc.

Învăţarea eficientă se bazează pe înţelegere, pe descoperirea activă de către cel care învaţă, a demersurilor proprii domeniului studiat, pe căutarea de soluţii şi rezolvarea situaţiilor problemă. Totodată, învăţarea se bazează pe exerciţii repetate, urmărind stocarea informaţiei şi acumularea de experienţă în perspectiva reactualizării şi a aplicării lor în practică la nevoie. De altfel, stocarea se realizează mai bine pe baza înţelegerii, deşi nu este exclusă nici memorarea mecanică (mai bine păstrată la deficientul de intelect), iar pentru aplicarea în practică sunt necesare atât înţelegerea cât şi stocarea.

Toate aceste afirmaţii rămân valabile şi în cazul învăţării la deficienţi, la toţi copiii cu cerinţe educative speciale, în general. La aceştia, însă, în raport de tipul şi gravitatea dificultăţilor întâmpinate sau de caracteristicile deficienţei, atât înţelegerea, cât şi stocarea, cât şi aplicarea informaţiei şi a experienţei sunt stânjenite sau chiar blocate. Dificultăţile concrete pe care le întâmpină categoriile amintite de copii, se pot manifesta în toate tipurile de învăţare cu pondere diferită, în funcţie, mai ales de tipul deficienţei. Astfel, la deficienţii de intelect se manifestă, preponderent, dificultăţile în învăţarea cognitivă, la deficienţii senzorial predomină dificultăţile în învăţarea instrumentală (acestea sunt prezente frecvent şi la deficienţii de intelect), iar dificultăţile în învăţarea afectivă sunt mai frecvente la deficienţii de comportament.

Pentru deblocarea procesului învăţării, şi diminuarea dificultăţilor întâmpinate în acest proces, se pune un accent deosebit pe orientarea ludică şi afectivizarea activităţilor de învăţare, pe eşalonarea materialului de învăţat în secvenţe bine delimitate, dar temeinic înlănţuite între ele, pe utilizarea îmbinată şi echilibrată a mijloacelor de lucru intuitive, verbale şi practice, pe însuşirea unor instrumente specifice de comunicare şi învăţare, pe asocierea şi integrarea activităţilor de învăţare cu activităţi de terapie complexă şi specifică: ergoterapie, meloterapie, terapia tulburărilor de limbaj, terapia tulburărilor psihomotorii etc.

Învăţarea se poate desfăşura ca un proces spontan, neintenţionat, oarecum întâmplător. Această formă de învăţare este proprie mai ales vârstelor mici, cât şi situaţiilor obişnuite, cotidiene, în care individul nu depune efort intenţionat de a înţelege ceva, de a trage o concluzie şi de a o aplica în practică ulterior. El învaţă empiric şi, de obicei, nu-şi conştientizează şi nu-şi sistematizează propriile achiziţii.

Pentru etapele mai avansate de dezvoltare, este caracteristică, însă, învăţarea intenţionată, conştientă, bazată pe înţelegere şi ale cărei rezultate se aplică şi se reflectă nu numai în comportamente voluntare ci şi în relatări verbale coerente. Acesta este nivelul spre care trebuie să tindem în activitatea şcolară cu elevii deficienţi şi pe care trebuie să-l realizăm neapărat cu toţi elevii a căror cerinţe educative speciale se datorează unor întârzieri uşoare ale dezvoltării şi unor dificultăţi pasagere în activitatea de învăţare.

Aşa cum am amintit, inclusiv în alte contexte, învăţarea îmbracă diferite forme sau este de diferite tipuri:

- ***învăţarea cognitivă*** – constând în dobândirea de cunoştinţe, operaţii şi deprinderi intelectuale, iar la baza lor aflându-se înţelegerea şi exerciţiul;
- ***învăţarea psihomotorie*** – bazată pe însuşirea conştientă a unor scheme motorii şi implicând schemă corporală, orientare, coordonare, viteză, ritm;
- ***învăţarea instrumentală*** – cea prin care se însuşesc mijloacele (instrumentele) specifice de comunicare implicate în limbajul verbal (oral şi scris), în însuşirea numeraţiei şi a instrumentelor de calcul, în însuşirea semnelor rutiere şi a altor semne, cum ar fi cele cartografice etc.;
- ***învăţarea afectivă*** – prin care se însuşesc reacţiile adecvate la stări şi situaţii afectogene;

- *învăţarea practică* – aflată la baza formării deprinderilor implicate în joc, în unele activităţi şcolare, în activităţi de autoservire şi gospodăreşti, în alte activităţi practice, manuale;
- *învăţarea morală* – constând în însuşirea conceptelor de etică, în formarea deprinderilor de conduită socială, în respectarea regulilor de convieţuire în cpomunitate etc.

Între toate tipurile de învăţare există o strânsă interdependenţă şi condiţionare reciprocă. Astfel, în mare măsură, învăţarea cognitivă este dependentă de prezenţa, la elevi, a produselor celorlalte tipuri de învăţare: instrumente, deprinderi, moduri de a reacţiona etc. La rândul său, învăţarea cognitivă potenţează celelalte tipuri de învăţare, oferindu-le scheme logice şi operaţii care le fac mai eficiente. De asemenea, învăţarea afectivă imprimă un anume colorit emoţional celorlalte tipuri de invăţare, putând să le crească eficienţa, dar, în anumite situaţii, să o şi scadă. Învăţarea afectivă corelează strâns cu motivaţia, aceasta constituind un factor de orientare şi potenţare a tuturor tipurior de învăţare.

În cazul elevilor deficienţi, raportul obişnuit între formele de învăţare amintite mai sus, cât şi între învăţarea spontană şi cea intenţionată este mai mult sau mai puţin modificat, aceasta depinzând de tipul şi gradul deificienţei, precum şi de vârsta copiilor. **E. Verza** (1996, pag. 34) subliniază că, mai ales în perioadele incipiente de instruire, elevii deficienţi întâmpină dificultăţi majore în învăţarea cognitivă şi, de aceea, accentul trebuie pus pe învăţarea „predominant afectivă şi motivaţională. Aceste forme de învăţare vor fi însoţite întotdeauna de alte două forme şi anume de învăţarea morală şi învăţarea motrică".

Rolul activităţii în dezvoltarea psihică, respectiv rolul activităţii de învăţare în geneza proceselor cognitive, îndeosebi a gândirii, reprezintă un adevăr incontestabil, subliniat, adesea, în literatura psihologică şi pedagogică. „Asimilarea reală a cunoştinţelor, chiar şi sub aspectul lor pur intelectual – susţine **J. Piaget**, în prefaţă la lucrarea lui **M. Aebli** „Didactica psihologică", 1973 – presupune activitatea copilului şi a adolescentului pentru că orice act de înţelegere implică un joc de operaţii şi pentru că aceste operaţii nu reuşesc să funcţioneze cu adevărat (adică să producă gândire nu numai combinaţii verbale) decât în măsura în care au fost pregătite prin acţiuni propriu-zise; de fapt, operaţiunile nu sunt altceva decât produsul interiorizării şi a coordonării acţiunilor, în aşa fel încât, *fără activitate nu ar putea exista o înţelegere autentică*" (s.n.) (**M. Aebli**,1973, pag. 6).

În concepţia lui J. Piaget, nivelul atins la un moment dat de un copil în dezvoltarea inteligenţei „denotă procese naturale sau spontane în sensul că, deşi acestea pot fi folosite şi accelerate prin educaţie în familie sau în şcoală, ele nu se datorează acestei educaţii ci, dimpotrivă, constituie condiţia prealabilă şi necesară a eficienţei oricărui învăţământ" (**J. Piaget**, 1972, pag. 35). Spre deosebire de acest punct de vedere, **L. S. Vâgotski** (1971, pag. 323) susţine că, de fapt, „între procesul dezvoltării şi procesul învăţării se stabilesc dependenţe dinamice complexe, care nu pot fi cuprinse într-o formulă unică dată dinainte, apriorică şi abstractă". În calitate de factor esenţial al dezvoltării, învăţarea creează, în concepţia aceluiaş autor – *zona proximei dezvoltări,* punând în mişcare o serie întreagă de procese ale dezvoltării, accesibile copilului în momentul dat, dar numai în interacţiune cu cei din jur, adică în contextul unui mediu

social obişnuit, al unor influenţe şi solicitări normale. El consideră că deşi între învăţare şi dezvoltare nu trebuie pus un semn de egalitate, „o organizare corectă a învăţării copilului atrage după sine dezvoltarea lui mintală, chiamă la viaţă un şir întreg de asemenea procese ale dezvoltării, care, în afara învăţării, ar fi, în general, imposibilă" (**L. S. Vâgotski**, 1971, pag. 322).

Însuşindu-şi acest punct de vedere, **P. Popescu-Neveanu** (1979) subliniază că „procesele psihice secundare (gândirea, voinţa etc.) nici nu ar putea apărea în baza unei dezvoltări spontane, fiind construite prin învăţare latentă şi, mai ales, dirijată. L. S. Vâgotski socoteşte, însă, că dezvoltarea se produce nu numai în baza învăţării, dar şi în baza situaţiilor sociale integrale, în care este inclus copilul în fiecare etapă a vieţii sale. Neîndoielnic, dezvoltarea psihică individuală se produce în contextul şi sub imperiul dezvoltării socio-culturale" (**P. Popescu-Neveanu**, 1979, pag. 196).

Prin urmare, în concepţia lui L.S. Vâgotski există o dependeţă strânsă între învăţare şi dezvoltare, dar şi sub toate aspectele acesteia din urmă, de exemplu nu atât în ceea ce priveşte creşterea biologică şi nici chiar maturizarea funcţională, ci, mai ales, *între învăţare şi socializare,* adică acea latură a dezvoltării personalităţii, care este condiţionată de implicarea individului în contextul relaţiilor sociale şi care presupune realizarea, prin învăţare, a numeroase achiziţii cognitive, instrumentale, practice, morale, comportamentale, bazate pe experienţa acumulată de societate în decursul istoriei sale.

Împărtăşind o concepţie similară cu privire la raportul dintre învăţare şi dezvoltarea psihosocială a individului uman, **P. Golu** (1985, pag. 30) consideră că, de fapt, acţiunea individului care învaţă devine suport şi mecanism „al transformării faptului de învăţare în fapt de dezvoltare", la baza acestui proces aflându-se, desigur, mecanismele interiorizării.

Aşa cum am mai afirmat şi cu alte ocazii, în cazul persoanelor cu deficienţe, relaţia obişnuită între învăţare şi dezvolatre se modifică evident. *Dintr-o relaţie cu doar doi factori fundamentali – aşa cum stau lucrurile la persoanele normale – ea se transformă la deficienţi într-o relaţie mai complexă cu trei factori de bază: învăţare – dezvoltare – compensare.* În acest tip de relaţie, *învăţarea nu apare atât ca factor de dinamizare a proceselor dezvoltării psihosociale, în general, cât şi ca factor de echilibrare treptată, de corectare a abaterilor de la traseul obişnuit al dezvoltării, cu alte cuvinte, un factor important pentru realizarea a ceea ce numim dezvolatare compensatorie în condiţiile unei învăţări orientată formativ.*

2.4 Ideile prezentate în capitolele IV şi V ale acestei lucrări ne conduc spre concluzia că metodologia activităţilor de învăţare, desfăşurate cu şcolarii cu deficienţă de intelect, ar trebui să se axeze:

- *pe o cunoaştere temeinică a trăsăturilor caracteristice acestor şcolari,* rezultând nu numai din dereglarea mecanismelor intelectuale şi din tulburările deosebit de variate în plan afectiv-volitional şi acţional-comportamental, dar şi din elementele mai bine păstrate în profilul lor psihologic heterocronic, elemente de la care se poate porni în declanşarea şi desfăşurarea procesului instructiv-educativ şi terapeutic-compensator;

- *pe elaborarea unor modele de lucru care, pornind de la trăsăturile amintite, să asigure unitatea, temeinicia şi continuitatea activităţilor şcolare.*

Cu alte cuvinte, şcolarul având deficienţă de intelect ar trebui antrenat, permanent, la operarea cu materialul de învăţat (concret, schematic-simbolic şi verbal), acţionând în zona proximei dezvoltări (cu tot caracterul său restrâns, la acest şcolar) şi fiind supus sistematic influenţelor terapeutice.

După părerea noastră, un curriculum adaptat specificului dezvoltării psihice a şcolarului cu handicap mintal, trebuie să vizeze cel puţin următoarele trei aspecte fundamentale, amintite, deja anterior:

- *Aspectul de conţinut,* în care se manifestă puternic contradicţia fundamentală a învăţământului actual – soldată cu supraîncărcarea elevilor – dintre solicitările mereu crescânde, sub aspectul volumului de achiziţii considerate minim necesare, şi capacitatea de efort şi asimilare a fiecărui şcolar. Evident că aceasă contradicţie este cu atât mai acută în învăţământul pentru copiii cu deficienţă de intelect, făcând necesare nu numai programe analitice bine gândite şi adaptate, ci – aşa cum am mai arătat – *programe diferenţiate de intervenţie complexă, duse până la individualizare, personalizare.*
- *Aspectul operaţional* prin care se urmăreşte asigurarea formării unor cunoştinţe nu numai concrete, ci şi dinamice, operative şi care se află în strânsă complementaritate cu dezideratul combaterii verbalismului excesiv, care se face puternic simţit şi în învăţământul special.
- *Aspectul terapeutic-compensator,* indisolubil legat de urmărirea obiectivelor specifice ale învăţământului special. În acest învăţământ, independent de forma sa concretă de organizare, adică integrată învăţământului obişnuit sau separată – *atât conţinuturile, cât şi modalităţile de lucru trebuie astfel alese şi aplicate încât să contribuie eficient la prevenirea şi înlătutrarea dificultăţilor şcolare* cu caracter general, dar, mai ales, a celor care îşi au originea în trăsăturile caracteristice şcolarilor cu deficienţă de intelect.

De asemenea, suntem de părere că *un sistem de lucru bazat pe orientarea operaţional-anticipativ-compensatorie (sau terapeutică) a activităţilor de învăţare, desfăşurate cu elevii deficienţi de intelect, trebuie să corespundă următoarelor cerinţe*:

1. *Organizarea şi desfăşurarea activităţilor de învăţare pe verigi complete: concret-abstract-concret*, cu sprijinul expres acordat elevilor în momentele de trecere de la un nivel la altul al activităţii, de la o treaptă la alta a procesului interiorizării operaţiilor şi al asimilării cunoştinţelor. La rândul său, aceasta presupune:

- *Eşalonarea activităţilor de învăţare în câteva etape temeinic corelate:*
  - etapa pregătirii iniţiale sau generale (cu caracter interdisciplinar);
  - etapa pregătirii specifice (etapă intradisciplinară);
  - etapa exersării analitice (de însuşire propriuzisă a noului material);

- etapa concretizărilor şi a exemplificărilor practice la aceeaşi disciplină (deci intradisciplinar);
- etapa aplicării, prin transfer, la alte domenii şi discipline, în contexte noi şi variate (deci interdisciplinară).

- *Promovarea principiului intuiţiei active şi a combaterii verbalismului în învăţare,* în accepţiunea de alegere şi îmbinare adecvată a mijloacelor intuitive şi verbale de lucru şi a sarcinilor concrete pentru elevi, în raport cu stadiul la care s-a ajuns în activitatea de învăţare.
- *Asigurarea caracterului activ-participativ* al procesului învăţării în condiţiile unei preocupări permanente pentru *afectivizarea* acestui proces.

2. *Prevenirea regresului spre reacţii proprii stadiilor anterioare ale dezvoltării, inclusiv sub aspectul activităţii cognitive,* ceea ce presupune:

- *Orientarea terapeutic-compensatorie* a întregului proces de învăţare, asigurând echilibrul optim între urmărirea şi realizarea obiectivelor instructiv-cognitive, formativ-terapeutice şi practic-aplicative.
- *Asigurarea unei atente pregătiri a fiecărei noi achiziţii cognitive.* Aceasta înseamnă că eşalonarea activităţilor de învăţare, conform celor cinci etape descrise la punctul anterior, trebuie să înceapă întotdeauna cu secvenţa pregătirii iniţiale (generale), chiar şi atunci când s-ar părea că elevii sunt suficient de pregătiţi pentru a realiza o nouă achiziţie.
- *Asigurarea pregătirii specifice a elevilor pentru orice nouă achiziţie în activitatea de învăţare,* mai ales când această activitate se desfăşoară într-o situaţie deosebită, care presupune utilizarea unor instrumente (semnificanţi, mijloace de comunicare) proprii anumitor domenii, cum sunt cuvintele scrise cu ajutorul alfabetului grafic, mai ales la lecţiile de limbă română, istorie şi altele, desenele sau imaginile schematice la lecţiile de matematică, cunoştinţe despre natură, lucrări practice de atelier şi altele, semnele convenţionale cartografice la lecţiile de geografie, semnele de circulaţie în activităţile de socializare etc.
- Organizarea activităţii cognitive în aşa fel încât *primul contact cu noul material să aibă loc în momentele de maximă receptivitate,* când atenţia elevilor este concentrată pe activitate, când nu se manifestă, încă, fenomene de oboseală.

3. *Asigurarea unei motivaţii şi atitudini pozitive a elevilor faţă de obiectivele şi conţinutul activităţii lor de învăţare* şi încercarea de transformare treptată a motivaţiei externe într-o motivaţie internă, deşi realizarea acestui deziderat este deosebit de dificilă cu elevii din şcolile speciale. În strânsă legătură cu această cerinţă, este şi *necesitatea prevenirii şi înlăturării stărilor emoţionale negative,* care pot apărea, uneori, în activitatea de învăţare. Evident că, atât asigurarea unei motivaţii pozitive, cât şi prevenirea stărilor emoţionale negative solicită cadrul didactic, care lucrează cu şcolarii deficienţi de intelect, *o cunoaştere temeinică a particularităţilor psiho-afective ale fiecărui elev.*

4. ***Accelerarea treptată a progresului în învăţare*** printr-o atentă proiectare şi dozare a paşilor de realizat, atât sub aspectul volumului de cunoştinţe, cât şi al formării operaţiilor, acţiunilor mintale, în legătură cu:

- *Însuşirea în etape succesive a noilor reprezentări şi cunoştinţe, a deprinderilor de lucru,* ţinând cont de achiziţiile anterioare şi diferenţiind activitatea cu copiii având capacităţi şi niveluri diferite de înţelegere şi asimilare.
- *Eşalonarea liniar-concentrică a materialului de învăţat; consolidarea achiziţiilor realizate* prin reveniri succesive, bine dozate şi în contexte diferite, mai ales asupra operaţiilor încă insuficient stabilite; caracterul variat al exerciţiilor de consolidare etc.
- *Asigurarea sistematică a feed-back-ului în învăţare*, prin evaluarea pe etape – iniţială, diagnostică şi sumativă sau de preînvăţare şi postînvăţare – a rezultatelor obţinute.

3. TERAPIA ŞI RECUPERAREA DEFICIENŢILOR DE AUZ

Importanţa procesului de compensare în terapia şi recuperarea deficientului de auz

Compensarea surdităţii, în sens larg, este un proces complex, laborios, realizat printr-un sistem ierarhic de acţiuni de ordin medical - chirurgical şi instructiv-educativ care în mod firesc se susţin reciproc.

În cele mai multe cazuri, intervenţiile medicamentoase sau chirurgicale ce rezolvă problemele urechii externe, medii sau interne sunt urmate de intervenţii de natură educaţională care au în vizor un limbaj verbal întârziat în dezvoltare sau chiar deviant.

De exemplu, implantul cohlear, ca intervenţie chirurgicală ce poate suplini rolul membranei bazilare, este urmat de o riguroasă intervenţie psihopedagogică pentru a sprijini copilul în dezvoltarea abilităţii de a asculta, de a da sens celor receptate pe cale auditivă şi de a articula cuvintele.

Intervenţia audiologică de protezare a restantului auditiv este urmată de susţinerea educaţională a copilului, de consilierea familiei şi de formarea specialiştilor pentru educaţia auditivă a copilului şi pentru adoptarea unei maniere de comunicare care să susţină interesul copilului pentru exprimarea verbală şi pentru achiziţia limbajului verbal.

Aceste acţiuni specifice vizează: conţinuturi(volumul de cunoştinţe, deprinderi, priceperi), metodele şi, de asemenea, mijloacele utilizate în învăţământul surdopsihopedagogic.

Din punct de vedere didactic, se disting mai multe niveluri ale compensării:

- nivelul senzorial perceptiv de compensare;
- nivelul intelectual;
- nivelul moral afectiv;
- nivelul psihosocial etc.

În mod deosebit, în intervenţia timpurie, în vederea achiziţionării limbajului verbal de către deficientul de auz ne interesează compensarea senzorial-perceptivă.

Compensarea senzorial - perceptivă a surdităţii constă în suplinirea deficitului auditiv, pentru înlăturarea sau ameliorarea surdităţii în vederea înlăturării mutităţii copilului surdo-mut. Această acţiune de înlăturare a mutităţii este în fapt procesul de **demutizare** sau de elaborare a limbajului verbal sub forma sa orală cât şi scrisă.

Sub aspect teoretic, prin compensare se înţelege suplinirea funcţiilor nedezvoltate sau alterate ale unui organ senzorial sau motor prin utilizarea elementelor intacte ale acestuia, aceasta fiind o compensare **intrasistemică,** precum şi restructurarea funcţiilor altor organe senzoriale sau motrice, ce preiau asupra lor funcţia alterată, făcându-se astfel conexiune şi referire la întregul sistem funcţional, caz în care avem o **compensare intersistemică**.

Se cunoaşte din psihofiziologie că orice deficienţă duce la dereglarea întregului sistem funcţional în care este inclus organul afectat. Consecinţele asupra celorlalte subsisteme funcţionale sunt de neprevăzut. În cadrul surdităţii de percepţie, consecinţele apar pe plan cognitiv, afectiv, comportamental, dar principalul efect este nedezvoltarea sau dereglarea profundă a sistemului funcţional verbal. Potrivit teoriei sistemelor, oricare sistem are un anumit grad de fiabilitate, grad de funcţionare echilibrată. Pe această fiabilitate se sprijină procesul de compensare. Rolul elementului defect poate fi preluat de alte elemente. Când este vorba de elemente cu o pondere funcţională mai mare, precum sistemul verbal, dereglarea este mult mai profundă şi revenirea nu se poate realiza spontan, ci necesită o intervenţie educativă specială.

Sistemul verbal al copilului trebuie să fie construit fără acel „element compromis”, în acest caz fiind vorba despre auz, astfel încât să se apropie de nivelul normal de funcţionare. Surditatea frânează constituirea sistemului verbal şi pentru înfrângerea acestei bariere trebuie folosite toate canalele senzoriale disponibile.
Odată ce s-a constituit, sistemul verbal poate fi funcţional în afara auzului cu toate prerogativele lui fundamentale: principal mijloc de comunicare interuman; instrument al gândirii umane; factor reglator în desfăşurarea activităţii psihice şi a conduitei umane etc.

În acţiunea psihopedagogică se impune o distincţie între activitatea verbală şi produsul finit (sonor, dar şi grafic sau tactil). Activitatea verbală este un complex de procese psihofiziologice cu mai multe verigi, compartimente şi forme. În general, în lucrările de lingvistică, de psihologie şi fiziologie se acordă prioritate verigilor periferice de recepţie şi de emisie a sistemului verbal. Verigile centrale, cerebrale sunt doar menţionate ca localizare topografică a centrilor limbajului. În acest context, în lucrările de specialitate sunt descrise evenimentele desfăşurate la nivelul urechii sau sunt descrise elementele aparatului fonoarticulator (laringe, coarde vocale, limbă etc.). Această optică explică insistenţa asupra exerciţiilor formale de pronunţie şi neglijarea celorlalte funcţii fundamentale ale limbajului şi anume cea de cogniţie şi cea reglatorie.

Limbajul verbal constă nu numai în percepţia şi pronunţia sunetelor verbale, ci, în mod special, în procesarea, înţelegerea limbajului auzit, în posibilitatea sistematizării şi generalizării lui. Această verigă centrală, semantică este specifică pentru activitatea verbală. Creierul este de fapt cel „care vorbeşte”, „scrie”, „aude”, „citeşte”, iar vorbirea sau scrisul sunt elemente exterioare, precum şi urechea sau ochiul.

De aceea, pentru realizarea acţiunii surdopedagogice de calitate şi pentru o compensare a surdităţii, în scopul demutizării este necesară o acţiune asupra creierului copilului, ca organ nemijlocit al activităţii psihice, adică este necesar a forma, a construi şi reconstrui cu prioritate mecanismele cerebrale ale sistemului verbal, ale structurilor limbajului intern care este de fapt gândire în acţiune. Acest lucru este important pentru că verigile centrale rămân invariante în diferite forme ale activităţii verbale, în timp ce verigile periferice de intrare/ieşire se schimbă. Perceperea limbajului poate avea loc pe diferite căi: auditiv – limbajul oral, tactil – scrierea în relief (Braille, Moon etc.) vizual – scrierea alb-negru. Ieşirea se poate realiza oral/verbal, scris – tactil dar de fiecare dată atât în percepţie, cât şi în emisie conţinutul informaţiilor vehiculate rămâne aproximativ acelaşi. La intrarea în sistem, receptorii sunt adaptaţi pentru recepţia anumitor stimuli, dar la ieşire transmit semnale identice pe toate canalele. În acest sens, invarianţa relativă a structurilor cerebrale ale sistemului verbal reiese din faptul că activitatea verbală se poate finaliza prin intermediul oricărui organ efector, mâna dreaptă sau mâna stângă, iar când persoana nu are mâini, piciorul le înlocuieşte sau chiar gura ce poate strânge în dinţi creionul. Informaţiile rămân aceleaşi, având loc doar o interşarjabilitate a mecanismelor efectoare, în timp ce verigile centrale, cerebrale rămân aceleaşi. La nivelul dispozitivelor aferente ale percepţiei operează **principiul echivalenţei informaţionale**: diferiţi analizatori pot furniza creierului aceeaşi informaţie despre evenimentele percepute. Cu toate că copilul surd nu dispune de auz, are alţi analizatori senzoriali valizi care transmit spre cortex aspecte, informaţii despre acelaşi proces – vorbirea.

Condiţia de bază pentru realizarea achiziţionării limbajului este ca să fie intacte verigile centrale, ce au ca funcţie receptarea semnalelor nervoase, interpretarea şi prelucrarea informaţiilor pe care le poartă semnalele respective şi, de asemenea, au funcţia de comandă a activităţii organelor efectoare. În acest sens, dacă există integritatea acestor verigi centrale, un creier integru morfologic şi funcţional este apt să realizeze activitatea sistemului verbal până la „normă", chiar dacă una sau alta din verigile receptoare sau efectoare se defectează mai mult sau mai puţin. Este important, pentru o astfel de performanţă, „să fie învăţat" creierul să funcţioneze şi „să fie ajutat", folosind nu numai metode şi procedee pedagogice, ci şi mijloace tehnice speciale.

Copilul învaţă, pas cu pas, să efectueze activitatea verbală. După unii psihologi, membrele şi organele de simţ sunt inutile până nu se învaţă folosirea lor utilă. În acelaşi sens, atât centri nervoşi, cât şi organele periferice ale vorbirii se dezvoltă în procesul de achiziţie a acesteia. Pentru aceasta, copilul trebuie să primească o cantitate suficientă de informaţie despre principalele caracteristici ale semnelor verbale pe diferite canale senzoriale, pe cale auditivă în mod firesc, pentru ca prelucrând această informaţie cognitivă, să elaboreze informaţia de comandă, ce este inclusă în anumite scheme de lucru anticipate. Acestea sunt necesare pentru declanşarea şi pregătirea funcţionării organelor, în scopul emiterii semnalelor sonore, ca produs finit al activităţii verbale orale.

Pentru a-şi putea regla activitatea organelor verbale (reglare automată la auzitor), copilul deficient de auz trebuie să aibă informaţii cât mai exacte despre funcţionarea diferitelor segmente ale aparatului verbal şi despre calităţile produsului finit al activităţii verbale: semantica şi prozodia activităţii verbale, pronunţie, ritm. Acestea sunt elemente de feed-back care, confruntate cu modelul iniţial mintal elaborat în scoarţa cerebrală, permit creierului să intervină cu corecţiile necesare repetând la nevoie acţiunea până când

informaţia sosită prin feed-back se suprapune cu modelul iniţial mintal, anticipat al acţiunii verbale respective.

Aşa cum am mai spus(Popa, M., 2002)în scopul ridicării eficienţei procesului de demutizare la un nivel superior, luându-se în considerare mai ales abordarea modernă a acestui proces s-au conturat două direcţii principale.

În primul rând, se acţionează pentru intensificarea acţiunii formative a învăţământului în vederea dezvoltării şi perfecţionării la maximum a funcţiilor, proceselor, a întregii personalităţi a deficientului prin instrucţia şi educaţia precoce şi prin intervenţia şi aportul părinţilor la educarea propriilor copii surzi.

În al doilea rînd, se acţionează spre stimularea cât mai intensă a capacităţii psihice, intelectuale a deficientului prin utilizarea intensivă a mijloacelor tehnice moderne. În viziunea aceasta se desprind, de asemenea, două căi fundamentale prin care se realizează compensarea senzorială a surdităţii.

1. Calea naturală prin exersarea sistematică a tuturor funcţiilor senzoriale valide ale deficientului de auz, precum şi a restantului auditiv al acestuia.
2. Calea artificială prin utilizarea masivă a variatelor mijloace surdotehnice care amplifică foarte mult capacitatea de recepţie auditivă.

Compensarea naturală se înfăptuieşte, într-o oarecare măsură în mod spontan, în condiţii obişnuite, în cadrul activităţilor didactice, dar atinge un nivel scăzut; calitatea demutizării lăsând de dorit. Compensarea naturală poate atinge niveluri mult mai ridicate prin intensificarea procesului de educaţie senzorială, cu angajarea tuturor analizatorilor, inclusiv a celui afectat.

Educaţia senzorială intensivă, în care este implicat analizatorul vizual valid, urmăreşte ca zonele gnostice să primească o cantitate de informaţii cât mai mare şi exactă despre activitatea diferitelor elemente ale aparatului verbal. **Pe cale vizuală,** învaţă să citească de pe buze vorbirea celor din jur. Prin labiolectură deci, are loc perceperea labiolemelor corespunzătoare diferitelor foneme sau grupuri de foneme. **Pe cale cutanată,** percepe contactele limbii cu variate puncte ale cavităţii bucale, intensitatea, forma, temperatura curentului de aer expulzat în timpul emisiei verbale proprii şi a altora. **Pe cale vibratilă,** percepe vibraţiile caracteristice diferitelor segmente ale aparatului verbal în timpul emisiei verbale: laringe, cavitatea toracică, nazală, craniul. **Pe cale kinestezică,** recepţionează poziţia şi contracţia segmentelor musculare ale aparatului verbal: coarde vocale, faringe, laringe, buze. La copiii neauzitori, acţiunea acestor analizatori se realizează în mod conştient şi dirijat cu ajutorul profesorului.

Pe măsură ce în actul de educaţie al surzilor şi în procesul de achiziţie a limbajului sunt implicate mijloace surdotehnice, defectologul se îndepărtează de educaţia senzorială naturală, centrat fiind pe mijloacele tehnice.

Pentru optimizarea procesului psihopedagogic al achiziţiei limbajului, al elaborării sistemului verbal se impune folosirea, pe scară largă, a mijloacelor surdotehnice, ca: „unelte senzoriale" utile pentru sporirea eficienţei activităţii analizatorilor în recepţionarea diferitelor momente ale activităţii verbale şi a diferiţilor parametri ai rezultatului sonor al activităţii aparatului verbal: ritm, accent, intonaţie; elemente extrasemantice, prozodice ale limbii dar care dau mai mult sens mesajului.

Compensarea tehnică reprezintă un ansamblu de mijloace de amplificare, transformare şi accelerare a funcţiilor psihofiziologice ale omului. Mijloacele

surdotehnice îndeplinesc o funcţie cognitivă; ele sunt mediatori între fenomenele obiective pe care le vizează (procese legate de funcţionarea efectorilor verbali) şi organele receptoare, care furnizează creierului informaţiile necesare despre fenomenele respective.

Orice aparat surdotehnic realizează anumite transformări cantitative şi calitative la nivelul semnalelor de „intrare", legate de activitatea organelor verbale sau de produsul sonor al vorbirii, astfel încât „la ieşire" să fie cât mai accesibile analizatorilor de care dispune deficientul auditiv. Acestea amplifică semnalele, le traduc dintr-un cod în altul (din semnale acustice le transformă în semnale optice, mecanice, electrice etc.); operează o analiză spectrală a structurilor verbale.

S-au efectuat mai multe clasificări ale mijloacelor surdotehnice, astfel, după criteriul destinaţiei lor sunt:

a. aparate pentru facilitarea comunicării directe faţă în faţă sau la distanţă între deficienţii de auz şi cei din jur: protezele auditive, radiotelefonul, ochelarii de citit vorbirea etc.
b. aparate utilizate, cu precădere, pentru constituirea şi perfecţionarea laturii fonetice a limbajului oral, a deprinderilor de pronunţie corectă: paolatogramele, indicatoarele de frecvenţe, labiolemele etc.

În general, în compensarea tehnică are loc o compensare intersistemică (angajarea analizatorilor valizi) şi o compensare intrasistemică (potenţarea şi angajarea resturilor auditive). În cazul unei surdităţi profunde, când are loc o compensare intrasistemică, mijloacele tehnice nu sunt în măsură să asigure comunicarea nemijlocită; protezele auditive, prin simpla lor folosire, nu rezolvă această problemă şi se constituie, în acest caz, doar ca adjuvant al labiolecturii. Protezele nu rezolvă comunicarea la distanţă, caz rezolvat prin utilizarea videotelefonului, de exemplu.

În comunicarea verbală se pune accentul pe latura semantică, transmiterea şi receptarea mesajului, conţinutul informativ al vorbirii. Aceeaşi informaţie poate fi inclusă în cele mai variate semnale; codul poate fi arbitrar ales, nu este necesar ca semnalele recepţionate de o persoană surdă să redea clar latura fonetică. Sunt utilizate diferite coduri: alfabetul luminos, Morse, Braille sau unele alfabete convenţionale, elaborate, în mod expres – al „limbii vibraţionale". Aparatele surdotehnice care vehiculează aceste sisteme se adresează analizatorilor valizi: cutanat, tactil, optic şi sunt mijloace ce se utilizează pentru dezvoltarea lexicului, a laturii semantice, a structurilor gramaticale ale limbajului. Ele nu ajută prea mult la însuşirea laturii fonetice a limbajului. Surdotehnica a realizat însă aparate care ajută la perfecţionarea deprinderilor de pronunţie. Acestea furnizează creierului informaţii despre latura fonetică a limbajului şi sunt de tipul aparatelor care participă şi pun în evidenţă mişcarea segmentelor aparatului fono-articulator şi a aparatelor care pun în evidenţă parametrii fizici ai procesului sonor ai activităţii verbale.

Din prima categorie fac parte electromiograma, palatograma, kinetograma.

Din a doua categorie fac parte dispozitive vizuale, care transpun caracteristicile semnalelor auditive în semnale vizuale constituind un reper pentru corectarea propriei pronunţii: indicatoarele spectrale ale sunetelor care descompun sunetele verbale în componente frecvenţiale; indicatorul de siflante; indicatorul de ritm. Unele experimente au încercat dispozitive de vizualizare a vorbirii (ochelari pentru citirea vorbirii – în lentile

sunt beculeţe ce se aprind în funcţie de natura semnalelor verbale). Prin labiolectură şi semne optice se poate uşura înţelegerea mesajelor verbale.

Alte mijloace de natură vibrotactilă traduc mesajele verbale în oscilaţii mecanice, puternice pentru a fi recepţionate pe cale tactilă.

Mijloace electrostimulatoare, de tipul implantului cohlear, contribuie la dezvoltarea comunicării verbale şi fac parte din intervenţiile chirurgical – protetice pentru compensarea auzului deficitar.

O serie întreagă de aparate electronice, aşa numitele "aparate ecologice", sunt destinate a compensa auzul deficitar sau profund compromis, solicitând simţurile valide şi ajutând persoanele ce nu beneficiază de auz să facă faţă experienţelor cotidiene: soneriile vizuale şi vibratile, telefoane cu adaptor cu expunere vizuală, alarme de ceas cu lumini intermitente, alarme cu indicatori vizuali sau vibratili, televizorul şi desigur poşta electronică de care pot beneficia atât auzitorii, cât şi cei fără auz etc.

Acestea sunt cele mai frecvent utilizate mijloace surdotehnice şi care concură, totodată, la compensarea surdităţii şi la recuperarea persoanelor cu deficienţe de auz.

Intervenţiile de natură psihopedagogică specifice procesului de recuperare

Scopul educaţiei este formarea şi dezvoltarea personalităţii copilului sub toate aspectele, iar mijloacele principale sunt bazate pe comunicare verbală.

Educaţia copilului deficient de auz vizează aceleaşi laturi ca şi în cazul copilului văzător:

a) latura intelectuală se referă la formarea noţiunilor judecăţilor, raţionamentelor, la exersarea cognitivă a proceselor psihice;
b) latura morală vizează formarea unor reprezentări morale, deprinderi şi convingeri morale;
c) latura estetică vizează formarea unor reprezentări şi conduite pentru a recepta frumosul, pentru creaţie;
d) latura fizică vizează dezvoltarea armonioasă, din punct de vedere fizic, a persoanei, corectarea defectelor fizice;
e) latura tehnică presupune formarea unor abilităţi şi deprinderi de viaţă zilnică şi profesionale.

Activităţile specifice compensării şi recuperării merg paralel şi se întrepătrund cu aspectele educaţiei multilaterale a personalităţii copilului deficient de auz.

Obiectivul principal al acestor demersuri este sprijinirea copilului în dezvoltarea unei forme fluente de comunicare ce poate fi comunicarea verbală sau comunicarea mimico-gestuală.

În majoritatea sistemelor educaţionale, încă de la Congresul de la Milano (1880), metodologia este oralistă, tinzându-se spre achiziţionarea limbajului verbal. Istoria modernă a învăţământului pentru surzi a consemnat, cu privire la acest aspect, mai multe abordări.

A. Oralismul tradiţional

Această orientare a luat naştere cu mult înainte ca amplificarea să fie posibilă şi benefică pentru copil. În această accepţiune se punea accent pe labiolectură şi pe dezvoltarea canalului vizual pentru interpretare. Aceste elemente şi-au păstrat utilitatea

până în zilele noastre. Adepţii oralismului tradiţional credeau că limbajul verbal poate fi învăţat prin predarea acestuia în loc de însuşirea activă a lui de către copil. Aceste idei sunt într-un conflict total cu felul în care este înţeles astăzi procesul demutizării. Potrivit metodologiei oraliste tradiţionale, limbajul este predat într-un mod logic, sistematic; vocabularul ce este propus spre învăţare este urmat de sintaxă: întrebări de tipul „de ce?", nu sunt introduse până ce nu se clarificau cele de tipul „ce?", „unde?", „când?".

Această metodologie accentuează mai mult forma limbajului, decât înţelesul lui; limbajul, fiind predat, nu este folosit în mod activ de către copil. În această accepţiune, copilul este solicitat cu repetări şi exerciţii mecanice; scrisul, în această situaţie, are un rol major, el putând oferi o imagine clară a limbajului care a fost predat. Potrivit acestei orientări, copiii sunt corectaţi sistematic atunci când fac greşeli.

Cercetările au pus în evidenţă faptul că toti copiii care erau capabili să rezolve în scris, fără greşeli, diferite exerciţii atunci când trebuiau să-şi exprime propriile gânduri, întâmpinau mari dificultăţi.

Datorită importanţei acordate labiolecturii, cuvintele se rosteau rar într-o exprimare superarticulată deoarece se credea că aşa se poate ajuta vorbirea şi înţelegerea.

Prin corectarea excesivă a vorbirii, contribuţiile la lecţii erau întrerupte; astfel copilul uita sensul ideilor, era inhibat şi se accentuau greşelile, iar fluenţa vorbirii şi a gândirii era întreruptă.

B. Oralismul structurat

Acesta reprezintă o abordare modernă a oralismului tradiţional, ce uzează de tehnici de amplificare, în special de protezele individuale, iar balanţa dintre aspectele vizuale şi cele auditive se schimbă în favoarea auzului. Este apreciat şi în cadrul acestei orientări, rolul labiolecturii.

Limbajul este predat în secvenţe structurate şi se acordă o importanţă deosebită formei acestuia. Cea mai mare parte a conţinutului de limbaj este determinată de profesor.

Avantajul acestui tip de intervenţie se referă la progresul controlat adus procesului de învăţare. De asemenea, este în avantajul profesorului cu mai puţină experienţă care poate să-şi planifice riguros fiecare moment de intervenţie educaţională.

C. Oralismul natural

Acestei orientări îi este caracteristică expectaţia ca limbajul să fie însuşit în mod natural, fapt realizat prin auz, în primul rând, prin canalul auditiv. A fost adăugat termenului „oral" şi termenul de „aural", în mod special, punându-se accentul pe ascultare.

Această orientare îşi are originea în secolele din urmă şi are drept model însuşirea limbajului matern de către copiii auzitori. Potrivit acestei orientări toţi copiii, inclusiv cei cu pierderi de auz mari, îşi însuşesc limbajul verbal urmând procese similare, interacţionând în mod conversaţional cu un adult, vorbitor al acelei limbi.

Este acceptat faptul că pentru copiii surzi este necesar un timp mai îndelungat pentru realizarea acestor interacţiuni comunicaţionale, dar condiţiile necesare sunt aceleaşi.

Dacă pentru copilul antepreşcolar un asemenea climat poate fi construit în familia sa, relativ uşor, cu sprijinul profesorului itinerant, la nivelul şcolar, profesorilor le este destul de dificil să continue în mediul educaţional, ambianţa conversaţională de acasă, aceasta presupunând un talent deosebit şi timp pentru fiecare copil în parte.

Spre deosebire de oralismul tradiţional, în această accepţiune primul limbaj este considerat o unealtă şi nu ceva care ar trebui să fie predat.

Deşi scopul este de a folosi la maxim auzul restant, nu se exclude posibilitatea ca simţul auditiv să poată fi ajutat prin indicii gestuale, vizuale, contactuale, care sunt părţi, de asemenea, ale comunicării lingvistice.

Oralismul natural nu este o metodă unisenzorială. În cadrul acestei metode, cuvântul scris are un rol diferit de cel atribuit de celelalte metode. Cuvântul nu este folosit în mod formal pentru a întări experienţa limbajului. Cuvântul scris reprezintă o alternativă în dezvoltarea limbajului pentru copilul care deja îl ştie.

D. Abordarea maternal - reflectivă foloseşte şi suportul scris şi grafic, pe lângă cuvântul rostit, dar această metodă nu include elemente manuale. Ea a fost dezvoltată în Olanda şi descrisă prima dată de părintele Van Uden (1977) pentru copiii cu deficit de auz şi cu handicap adiţional (dispraxie), handicap ce afectează însuşirea limbajului verbal şi scris. Această metodă a fost adoptată, de asemenea, pentru copiii la care handicapul primar este altul decât cel auditiv, dar care se asociază handicapului auditiv. În cadrul acestei abordări, metodele verbale se asociază cu pictografia.

Luând ca model de învăţare a limbajului, modul în care copilul auzitor îşi însuşeşte limba maternă, într-o atmosferă securizantă şi acţională, această abordare acordă o mai mică importanţă analizei limbajului adultului. Elementele cheie ale acestei metode sunt: folosirea conversaţiei, ca mijloc de comunicare, şi modul cum mamele cu auz normal încurajează dezvoltarea vorbirii copiilor lor. Realizarea interacţiunii mamă - copil deficient de auz are anumite particularităţi.

Conversaţia poate apărea doar când participanţii vorbesc şi ascultă fiecare la rândul lui. Ca urmare copiii sunt atenţionaţi de la început spre recepţia auditivă atunci când cineva li se adresează. Mamele cu copii mici preiau şi rolul pe care ar trebui să-l aibă aceştia în conversaţie pronunţând cuvintele care ar trebui spuse de copil sau preluând producţia verbală a acestuia şi redându-i-o într-o pronunţie corectă; modelul verbal acustic este chiar repetat de mai multe ori, în context ludic, pentru ca deficientul de auz să beneficieze de o experienţă lingvistică mai consistentă.

Dacă extrapolăm situaţia la sala de clasă, profesorul trebuie să fie un ascultător la fel de bun ca şi copilul deficient de auz.

Conversaţia nu se dezvoltă predeterminat, ci în funcţie de interesul de moment al copilului sau de situaţia creată de adult, contingentă cu nivelul de dezvoltare al copilului. Dacă este vorba de grupul de elevi , conversaţia are în centru ideile emise de grup şi toate contribuţiile elevilor sunt la fel de valoroase. Pentru că discuţia are un caracter trecător şi cei mai mulţi elevi au o slabă înţelegere a limbajului verbal şi o memorie ecoică nedezvoltată, această conversaţie este fixată în mod grafic prin executarea unui desen rapid (pentru copiii mici) însoţit de „balonul de vorbire", în care sunt redate în scris câteva expresii din conversaţie. Pentru cei mari, mobilul conversaţiei este scris pe tablă sau pe caiete devenind un „depozit verbal". Copiii şi profesorul revin ulterior la acest "depozit", (sau la „balonul de vorbire") reconsiderând ceea ce a fost spus şi cum a fost spus. Profesorul poate folosi „depozitele de vorbire" pentru a realiza unele sarcini de învăţare, de exemplu, pentru a studia diferite aspecte morfologice sau sintactice care astfel ar deveni mai puţin abstracte pentru copii. Astfel, cuvântul scris şi imaginea au un rol foarte important, permiţându-le copiilor să reflecteze la fluxul conversaţiei şi la

elementele structurale care le-ar fi putut scăpa; „depozitul verbal" devenind o resursă valoroasă pentru dezvoltarea limbajului verbal.

Deci folosirea depozitelor verbale şi a desenelor contextual- situaţionale sunt elemente esenţiale ce diferenţiază acest tip de abordare de cele ale oralismului natural sau structural.

E. Metode psihopedagogice ce includ elemente manuale

Multe din metodele de învăţare a comunicării includ o componentă manuală, atunci când mâinile sunt folosite într-o modalitate formală pentru a întări sau transmite o informaţie ascultătorului. Această componentă de formă nu se va confunda cu gestul natural. Deşi forma componentelor manuale diferă destul de mult, acestea pot fi împărţite în două grupe:

1. Sisteme ce susţin limbi vorbite;
2. Sisteme de suport total al limbii.

1. Dintre sistemele ce susţin limbi vorbite, câteva încearcă să facă posibilă citirea cu mai multă uşurinţă a limbajului verbal oral:

a) vorbirea prin **simboluri ajutătoare,** ce dau o limpezire limbajului vorbit, făcând labiolectura să fie mai uşor de urmărit. În acest sistem, se foloseşte un set de simboluri realizate cu ajutorul mâinilor, 8 configuraţii pe degete pentru consoane, 5 pentru vocale şi 4 poziţii ale mâinii; se foloseşte o singură mână. Prin aceste semne, practic nu se comunică, ele susţin labiolectura. Acest sistem de vorbire prin simboluri ajutătoare se numeşte **cued speech**. A fost utilizat în ţările anglo-saxone, dar s-a răspândit în alte 42 de ţări. Este folosit mai ales în cazul în care persoana asurzeşte şi îşi pierde controlul asupra limbajului verbal. Paternitatea acestui sistem este atribuită lui Orin Cornett.

b) **dactilemele** sunt un alt sistem folosit frecvent pentru a ajuta limba vorbită.

Există sisteme de dactileme ce folosesc degetele de la o mână şi sisteme ce utilizează degetele ambelor mâini. Cele 26 de litere ale alfabetului sunt reprezentate de 26 de poziţii ale mâinilor sau degetelor unei mâini. Cuvintele sunt redate folosind combinaţiile acestea. Dactilarea este o activitate laborioasă, având tendinţa de a încetini procesul de comunicare atunci când se redă fiecare literă a cuvântului. Comunicarea prin dactileme constituie o formă precisă a limbajului verbal. Se poate spune că limbajul verbal are astfel trei forme distincte: orală, scrisă, dactilă. Dactilemele sunt folosite în legătură cu limbajul vorbit pentru a ajuta la înlăturarea confuziilor ce pot interveni, mai ales când ascultătorul nu cunoaşte contextul sau când se pronunţă nume proprii. Ele sunt folosite în procesul comunicării între persoane surde sau între persoane surde şi auzitori.

Dintre calităţile semnelor dactile, amintim faptul că ele corespund alfabetului scris; unele semne precum **m, n, c, l, o, u, v** acoperă în întregime grafemul; **z** imită grafemul prin conturare aeriană cu semnul arătător; altele sunt mai mult sau mai puţin convenţionale.

După numărul elementelor componente, limbajul dactil se aseamănă cu cel scris, numărul dactilemelor fiind identic cu cel al grafemelor. Semnele de punctuaţie folosite în dactilare amintesc de limbajul oral şi mai puţin de cel scris. Există opriri convenţionale ca şi-n exprimarea orală. Interogarea şi exclamaţia se redau prin expresia feţei.

Ritmul de dactilat depinde de exerciţiu, iar posibilităţile de dactilat, de particularităţile de ideaţie ale vorbitorului. Unele persoane surde ajung la o viteză de dactilare apropiată de cea de pronunţie (400 semne/minut).

c) **Limba maternă, ajutată gestual,** se practica în ţările anglo-saxone, dar şi în ţările nordice în perioada însuşirii comunicării verbale; metoda este folosită de cei ce au deja o bună stăpânire a limbii, dar care au nevoie de mai multe simboluri ajutătoare decât cele pe care le obţin doar din limba vorbită. Semnele sunt luate din limbajul gestual şi sunt folosite pentru a întări cuvântul vorbit implicând, în general, cuvintele cheie. Semnele folosesc topica cuvintelor limbii respective. În anumite situaţii, semnele cuvintelor cheie sunt folosite fără ca acestea să fie rostite. În acest caz, putem obţine informaţii de la semnul respectiv, din labiolectură şi din context.

2. Există şi **sisteme de suport total al limbii** în care o versiune completă a limbii este codificată în formă manuală. De exemplu, pentru limba engleză există două tipuri principale de sisteme ce folosesc engleza codificată manual: sistemul manual Paget - Gorman şi engleza gestuală. Ambele sunt folosite doar în combinaţie cu limbajul vorbit. Cu ajutorul **sistemului Paget - Gorman** li se predă copiilor surzi englezi prin semne, semnele fiind însoţite de vorbire. Filosofia acestei practici psihopedagogice este ca în mod gradat engleza vorbită ar putea deveni, în timp, dominantă, iar semnele s-ar dovedi inutile. Una din deficienţele acestui sistem este imposibilitatea de a crea semne distincte pentru a satisface vocabularul bogat al acestei limbi. De asemenea, semnele erau necunoscute pentru adulţii surzi şi de aceea cei ce nu reuşeau să stăpânească limbajul vorbit nu puteau comunica uşor cu cei ce vorbeau şi nici cu surzii.

Un alt sistem este **engleza-gestuală** care constă într-o reprezentare manuală a englezei vorbite. În acest caz, în loc de folosirea sistemelor inventate, se utilizează semne provenite din limbajul mimico-gesticular al surzilor. Aceste semne sunt suplimentate cu unele semne inventate special pentru surprinderea pluralului, a terminaţiei adjectivelor, a inflexiunilor verbului etc. Se folosesc, de asemenea, dactilemele cu ambele mâini pentru caracterizarea sintaxei. Topica este aceea a limbajului vorbit şi toate inflexiunile sunt reprezentate prin gesturi artificiale.

F. Comunicarea totală

Comunicarea totală este considerată a fi abordarea cea mai potrivită pentru a lucra cu persoanele care nu folosesc vorbirea pentru a se exprima: copiii sau adulţii apraxici, deficienţii de auz, copiii integraţi în programe ABA care nu dezvoltă vorbirea după perioade apreciabile de stimulare etc. Cercetările de psihoneurologie au demonstrat că sistemele de comunicare vizuală folosesc aceleaşi circuite neuronale ca şi cele folosite de comunicarea verbală; în acest caz, folosirea comunicării vizuale este posibil să stimuleze aceste conexiuni neuronale fragile, pregătind astfel terenul pentru o posibilă comunicare verbală (Waltz,1999).

Acestă abordare implică mai multe modalităţi de comunicare (gesturi, limbaj mimico-gestual, qued speech, dactileme, PECS, limbaj verbal oral, auditorial, scris, tactil etc) urmărindu-se să se folosească cele mai potrivite forme de comunicare pentru o persoană, astfel încât să se vină în întâmpinarea propriilor nevoi şi capacităţi. Se poate spune că atunci când vorbim de comunicare totală, vorbim de o filozofie comunicaţională

şi nu de o anume metodă; aceasta permite o varietate de combinaţii de comunicare ce pot fi folosite pe rând sau simultan.

Comunicarea totală are o largă răspândire în SUA şi în prezent în tot mai multe ţări din Europa şi tinde să fie preluată şi de alte state, cu referire la tipul contemporan de comunicare pentru surzi. Conform Asociaţiei britanice a surzilor, termenul de comunicare totală înseamnă abordarea metodologică în însuşirea limbii şi comunicării ce foloseşte combinaţii de componente auditiv-articulatorii scrise, orale sau manuale.

În perioada anilor 70 – 80 comunicarea totală a fost abordată, în educaţia deficienţilor de auz, pentru a face trecerea de la un oralism pur spre o comunicare ce valorizează componentele manuale şi în special comunicarea mimico-gestuală. În prezent dezbaterile în rândul specialiştilor dar mai ales a celor ce susţin valorile culturii comunităţii surzilor se focalizează pe relaţia dintre comunicarea totală şi bilingvism. Componentele auditiv-orale sunt asemănătoare cu cele folosite la abordarea oralistă, comunicarea totală părând a fi un amestec a unei game de abordări diferite, iar acest amestec va fi diferit de la şcoală la şcoală, de la clasă la clasă etc. Poate fi folosită în moduri diferite de către diferiţi copii din aceeaşi clasă. Scopul este de a stimula capacitatea de exprimare, de a comunica cu copiii pe orice cale posibilă şi totul este permis pentru realizarea acestui obiectiv.

Comunicarea totală, în contextul educaţiei deficienţilor de auz, include un spectru larg de elemente: cuvinte, limbajul mimico-gestual, gesturi inventate de copii, labiolectură, dactileme, citire şi scriere iar studiile de specialitate au demonstrat în repetate rânduri că există certe beneficii în variate planuri de dezvoltare pentru copiii cu deficienţe de auz, beneficiari ai acestei abordări comunicaţionale holistice: în plan psihologic, în plan lingvistic, în plan academic (Moores, 1996).

Cu toate că această manieră de comunicare este cea care permite o individualizare maximă, totuşi, profesorul la clasă poate fi derutat de această varietate opţională. Un singur profesor într-o clasă cu copii surzi şi hipoacuzici este posibil să nu reuşească pe deplin să satisfacă nevoile particulare de comunicare, ale fiecărui elev.

În general în educaţia surzilor această manieră de comunicare se centrează pe semne şi pe vorbire, or folosirea cu precădere a semnelor, nu are menirea să susţină achiziţii solide în ceea ce priveşte citirea şi scrierea (Mayer & Lowenbraun,1990).

Pe de altă parte, faţă de copiii ce sunt înscrişi în programe de comunicare totală, apare îndoiala cu privire la capacitatea lor de a se înţelege cu cei ce comunică prin limbaj mimico-gestual, membrii ai culturii surzilor.

Sunt unii cercetători care nu au observat prea multe beneficii pentru deficienţii de auz cuprinşi în programe de comunicare totală (Tucker, I. & Powell, C., 1991, pag. 76) şi consideră că foarte puţini sunt copiii surzi din UK, înscrişi în astfel de programe care ar dobândi abilităţi de comunicare în engleza vorbită care să le permită o viaţă confortabilă în societatea auzitorilor. Printre motivele complexe ce susţin această incertitudine unele se referă la abilitatea redusă a părinţilor auzitori, mai ales a taţilor, de a invăţa limbajul gestual pentru a susţine dezvoltarea lingvistică timpurie a copilului, mai ales ca urmare a diferenţelor de vocabular, de structură, de viteză de derulare (vorbirea se desfăşoară de trei sau patru ori mai repede în comparaţie cu comunicarea gestuală); pentru unele cuvinte sau expresii verbale nu există echivalente în limbajul semnelor, fapt ce i-ar determina să folosească o comunicare sărăcită de semnificaţii. Altele se referă la aspecte ce ţin de

psihoneurologie, referindu-se la faptul că creierului i-ar fi dificil să proceseze în mod simultan atât informaţii ce vin pe cale vizuală cât şi pe cale auditivă. O modalitate, de obicei cea vizuală, tinde să o domine pe cealaltă. Cel mai important aspect este cel ce se referă la incapacitatea unui vorbitor de a reda o informaţie în aceeaşi unitate de timp atât sub formă verbală cât şi sub formă manuală.

Aceiaşi autori amintesc de o cercetare a Institutului Gallaudet pe 55 000 de elevi surzi , realizată în 1983, care arăta un declin la aceşti copii în ceea ce priveşte adilităţile de citire în comparaţie cu aceeaşi cercetare realizată cu douăzeci de ani în urmă. În afară de o pură coincidenţă , autorii aduc în discuţie faptul că exact în această perioadă a fost susţinută şi s-a extins tot mai mult comunicarea totală, ca filozofie în dezvoltarea comunicării deficienţilor de auz .

O alternativă la această situaţie ar fi bi-lingvismul. Dacă nu există suficiente cercetări care să ateste faptul că dacă eşti nativ în limbajul semnelor poţi deveni mai târziu un vorbitor cursiv, există însă suficiente dovezi care să ateste faptul că un copil nativ vorbitor poate să înveţe mai târziu limbajul semnelor.

Terapia limbajului în apraxie şi în disfuncţia de integrare intermodală

Ca specialişti ce lucrăm cu copiii surzi, observăm, uneori, că unii copii reueşesc să-şi dezvolte limbajul verbal în mod satisfacător, pe când alţii, cu toate eforturile noastre, întâmpină dificultăţi, nu reuşesc să-şi dezvolte limbajul verbal, chiar după mulţi ani de şcolarizare. Se constată că unii dintre copiii cu surditate profundă prelinguală, care au inteligenţă medie sau peste medie, nu fac progrese observabile în vorbire şi nici în labiolectură.

De asemenea, aceeaşi nelămurire planează şi asupra persoanelor cu surditate postlinguală tardivă ce întâmpină dificultăţi în ceea ce priveşte citirea de pe buze şi în exprimarea verbală, aceasta pierzându-se, uneori, în timp, faţă de alte persoane aflate în aceeaşi situaţie care-şi dezvoltă sau îşi păstrează capacitatea de a comunica verbal.

Cauza eşecurilor şcolare trebuie relaţionată atât cu factori de origine exterioară, precum neacceptarea diagnosticului din partea părinţilor, cooperarea cu profesorii, calificarea profesorilor, dar şi cu unele disfuncţii adiţionale ale copilului, cum ar fi cele de natură emoţională (tendinţe isterice, tulburări patologice ale atenţiei, autism, hiperactivitate); cele de natură motorie (spasm, atetoză, ataxie, neîndemânare-apraxie), cele de natură cognitivă (deficienţă mintală, tulburări de memorie şi percepţie) (Popa, M., 2007).

Referior la aceste aspecte, specialiştii îşi fundamentează prezumţiile pe cercetările de neurofiziologie şi de neuropsihologie ce au pus în evidenţă două disfuncţii complementare surdităţii care periclitează dezvoltarea limbajului verbal la copiii surzi. Prima este o disfuncţie motorie, numita apraxie, respectiv, dispraxie, care afectează întreaga motricitate inclusiv vorbirea. Dezvoltarea tactilă normală (eupraxia), dezvoltarea ritmicităţii (euritmia), vorbirea fluentă, capacitatea de labiolecturare şi auzul fonematic fac parte din aceeaşi categorie, iar o dereglare a unei componente determină disfuncţii de diferite grade la nivelul celorlalte. În acest sens, apraxia sau dispraxia degetelor, şi aritmia sau disritmia pot determina apraxia sau dispraxia vorbirii care, la rândul lor, implică dificultăţi în dezvoltarea auzului fonematic şi în abilităţile de lecturare.

În mod compensatoriu, copiilor cu acest tip de tulburări li se dezvoltă o memorie bună pentru informaţiile vizuale prezentate simultan, incluzând forme grafice, cuvinte, calitate ce poate fi folosită ca sprijin pentru dezvoltarea vorbirii şi a limbajului, în general.

A doua disfuncţie asociată surdităţii este o disfuncţie cognitiv-motorie numită disfuncţie de integrare intermodală care se referă la tulburarea atât a vorbirii, cât şi a înţelegerii şi a formei scrise a limbajului verbal. Se cunoaşte faptul că abilitatea de a citi normal (eulexia) se bazează pe integrarea celor trei aspecte conexe:forma scrisă, forma rostită a cuvântului şi înţelesul acestuia (eusimbolie), iar o tulburare a acesteia periclitează mecanismele limbajului.

În orice demers de natură recuperatorie şi educaţională se porneşte de la diagnosticarea abilităţilor puternic dezvoltate ale copilului, acţionând apoi asupra procesului de compensare sub toate aspectele sale.

Ca urmare a unui minuţios program de diagnosticare efectuat de Van Uden (1983), într-un centru de diagnosticare între anii 1974 şi 1979, s-a constatat că sindromul dispraxiei la copiii surzi indică faptul că aceştia suferă de dispraxie sau apraxie, asociate cu disritmie sau aritmie şi că, întotdeauna, copilul dovedeşte un profil tipic de memorie bună pentru datele vizuale prezentate simultan şi o memorie relativ slabă pentru datele vizuale prezentate succesiv.

Aceste caracteristici cognitive i-a permis să formuleze câteva sugestii importante pentru metodologia de dezvoltare a comunicării la deficientul de auz, sugestii ce au fost confirmate de achiziţiile în plan lingvistic a acestora, dobândind o recunoaştere unanimă în rândul specialiştilor,

Astfel, metoda care stă la temelia dezvoltării vorbirii rămâne conversaţia şi pentru copilul deficient de auz, chiar şi în instruirea de acasă. Ceea ce este specific în practicarea acestei metode este necesitatea "depozitării" limbajului vorbit, sub formă de desen pentru copiii mici sau sub forma scrierii pentru cei ce au învăţat literele (metoda maternal reflectivă). Aceste depozite devin cu atât mai importante pentru copil, cu cât acesta prezintă disfuncţii asociate surdităţii.

Van Uden recomanda, în susţinerea dezvoltării vorbirii, metoda tactilă şi câteodată metoda analitică. În timp, înglobând aceste aspecte, acesta a pus la punct, metoda materal-reflectivă ce constă, în principiu, în transpunerea într-o formă scrisă a conversaţiei, realizându-se depozite de vorbire asupra cărora copilul poate oricând să revină sau să fie folosite de profesor pentru efectuarea diferitelor exerciţii de gramatică etc.

Se recomanda ca de la 4-4,5 ani să se acorde o importanţă sporită formei scrise şi rostite a cuvintelor. Toate aceste demersuri se pot realiza sub o formă ludică, în acord cu interesul şi gradul de înţelegere al copilului. Tastatura computerului devine un mijloc didactic preţios în acest context.

Memoria puternică pentru date prezentate simultan este stimulată prin desenarea sau scrierea conversaţiei. Mulţi dintre aceşti copii nu sunt în stare să-şi coordoneze limbajul, mai ales când devine mai complex, fără suportul grafic al acestuia; în acest caz, depozitul verbal este de mare ajutor în susţinerea vorbirii.

Labiolectura este de asemenea valorizată în această conjunctură, instruind copiii în a se antrena ei înşişi în faţa oglinzii sau uzând de un video recorder pentru ca aceştia să se autolabiolectureze.

Este necesară, de asemenea, alături de educaţia auditivă, o terapie kinetică într-o formă ludică, prin muzică, dans, mişcări expresive şi comportament planificat.

Pentru că funcţiile motorii sunt fundamentale, toate metodele de educare ar trebui să fie active, iar pasivitatea să fie evitată pe cât posibil. De asemenea, activităţile trebuie să fie verbalizate pentru a facilita transferul şi integrarea intermodală, putându-se proceda la analiza situaţiilor, a figurilor, a constelaţiilor.

Terapia ocupaţională, fiind considerată ca cea mai generoasă formă de intervenţie educativă şi recuperatorie, ar răspunde şi acestor cerinţe deoarece cuprinde sub umbrela sa multifuncţională o varietate de tehnici specifice ergoterapiei, artterapiei, ludoterapiei, muzicoterapiei, dramaterapiei, dansterapiei etc. Terapia ocupaţională se foloseşte cu succes şi în procesul de recuperare al deficienţilor de auz, atît pentru stimularea şi dezvoltarea auzului restant şi al vorbirii, cât şi pentru activarea unor potenţialităţi virtuale ce i-ar susţine în orientarea profesională şi în integrarea socială .

Intervenţii de natură psihoterapeutică în recuperarea deficientului de auz

Deficienţa de auz şi mai ales achiziţionarea târzie şi cu dificultate a unui mijloc de comunicare, în principal ne referim la comunicarea verbală, poate avea repercusiuni multiple asupa personalităţii deficientului de auz, asupra dezvoltării lui intelectuale, asupra vieţii lui afective şi a integrării în colectivitate.

Din acest punct, de vedere deficientul de auz de vârstă şcolară este implicat în programe speciale ce urmăresc dezvoltarea unor abilităti instrumentale de scris-citit, numeraţie, cunoştinte despre om şi natură etc, prin terapie cognitivă sau în programe de dezvoltatea unor abilităti de viaţă zilnică şi de muncă independentă, prin programele de terapie ocupaţională.

Problemele de comunicare pe care le are deficientul de auz determină nu numai dificultăţi de învăţare, dar de cele mai multe ori generează şi probleme de relaţionare, de comportament, caz în care ***psihoterapiile comportamentale*** şi cele ***experienţiale*** se dovedesc adecvate şi acestei categorii de deficienţi.

Fiecare copil, şi cu atât mai mult deficientul de auz care este un copil vizual care ştie mai mult să facă decât să comunice despre ceea ce face cu certe dificultăţi în comunicare, are nevoie cât mai de timpuriu de repere clare pentru comportamentul său; de feed-back pentru iniţiativele şi realizările sale. Stabilirea unui număr minim de reguli, pe care copilul să le înţelegă şi să se angajeze să le respecte; oferirea de recompense sau dacă este cazul aplicarea de sancţiuni, pe care copilul să le cunoască dinainte şi să le accepte (acestea fiind în concordanţă cu dimensiunea şi importanţa sarcinii realizate sau dinpotrivă, nerealizate), respectând principiile legilor învăţării, îl ajută pe copil să treacă mai uşor de la lumea lui în care predomină jocul şi principiul plăcerii la cea a adulţilor guvernată de principiul realităţii, în care regulile şi legile trebuie respectate.

Relaţia cu adultul şi totodată atitudinea faţă de sarcinile şcolare va deveni mai coerentă şi mai susţinută.

Managementul comportamentului constă în intervenţii directe şi intensive care sunt implementate de psihoterapeut, de părinţii sau educatorii avizaţi, în cadrul întâlnirilor

sau a activităţilor directe cu copilul, cu grupul sau cu clasa de elevi. Eficienţa psihoterapiei comportamentale depinde de motivaţia şi de abilităţile adulţilor semnificativi din viaţa copilului, de capacitatea de a aplica tehnicile în mod continuu şi corect. De asemenea, succesul acestor intervenţii terapeutice este legat şi de modul în care adulţii rezistă şi reuşesc să depăşească obiecţiile copiilor sau obstacolele inerente ivite pe parcursul terapiei.

În şcoală, profesorul în calitate de manager al colectivului de elevi, este cel ce stabileşte şi impune planul de disciplină al clasei(sistemul de recompense), după aşteptările şi exigenţele personale, ţinând cont de particularităţile grupului de elevi căruia i se adresează şi de regulamentul de ordine interioară al instituţiei. Elaborarea unui plan/regulament eficient trebuie să îndeplinească anumite condiţii ce ţin de redactarea regulilor şi a consecinţelor pozitive şi negative. Se începe prin stabilirea unui set de 5-8 reguli care nu vor fi negociate cu elevii şi/sau schimbate pe parcursul anului şcolar. În redactarea regulamentului se au în vedere :

- particularităţile psihofizice ale elevilor;
- regula să aibă aplicabilitate în ori ce situaţie: „Urmăreşte instructajul profesorului" se aplică atât în clasă cât şi în afara acesteia;
- regula se exprimă în termeni de acţiune (ce anume va face elevul) şi evidenţiază pe cât posibil drepturile acestuia şi nu interdicţiile impuse. De exemplu regula „Nu este permisă deplasarea prin clasă în timpul orei" poate fi reformulată „Deplasarea prin clasă în timpul orei este permisă doar cu acordul profesorului".

În cadrul sistemului de recompense, regulile sunt însoţite de consecinţe pozitive (recompense) şi negative (penalităţi şi sancţiuni).

Consecinţele exprimate trebuie să fie realiste, justificabile în raport cu regulamentul şi cu posibilitatea aplicării imediate.

Aplicarea acestor principii poate sta la baza constituirii unui program de intervenţie la nivelul şcolii, în special la nivelul ciclului primar, unde datorită caracteristicilor psihofizice de etapă ale elevilor şansele unei modelări comportamentale eficiente şi persistente sunt şi mai mari.

Psihoterapia experienţială este o cale spre dezvoltarea şi restructurarea persoanei, spre restabilirea şi păstrarea sănătăţii mintale. Punând în practică principul „acum şi aici", psihoterapeutul aduce în prim plan trăirea emoţiei, conştientizarea şi numirea acesteia, a gândurilor, a trăirilor, exprimarea în cuvinte sau într-o formă metaforică a experienţei prezente. Copilul cu deficienţă de auz, cu certe dificultăţi în comunicare, are în mod deosebit, dificultăţi în a iniţia şi a stabili relaţii interpersonale, manifestă stângăcie în funcţiile de contact. Cum o bună identitate de sine este susţinută de contacte reale şi destinse cu mediul, cu ceilalţi,auzitori sau neauzitori, copiii cu deficienţă de auz au nevoie de terapie pentru dezvoltarea atributelor imaginii de sine, pentru armonizarea acesteia.

Tehnicile gestalt, utilizate în psihoterapia copilului: desenul; experienţa senzorială, exerciţiile de creare a unor obiecte, modelajul în lut, apa şi nisipul, colajul; povestirile, poeziile, păpuşile, jocul de rol; mişcarea corporală, converg prin maniera de utilizare şi prin întrebările puse copiilor, prin stimularea capacităţii de reflectare asupra propriei persoane, prin feed-back-urile primite de la grup şi de la profesor/ terapeut, spre

construirea identităţii personale şi a funcţiilor de contact; spre conştientizarea de către copil a contactelor realizate de simţurile sale, de corpul său, de intelectul său; spre conştientizarea sentimentelor sale.

Terapeutul îl va ajuta pe copil să se accepte şi să se simtă mai sigur pe el, să conştientizeze că are mai multe opţiuni, să vadă lumea din jurul lui aşa cum este ea în mod real; vorbim aici de implicarea nivelului psiho-social al compensării.

Copilul învaţă să-şi denumească stările, să le exprime, să le înţeleagă sursa şi mai ales să înveţe să le controleze.

4. TERAPIA ŞI RECUPERAREA DEFICIENŢILOR DE VĂZ

Transformările şi provocările societăţii contemporane, inclusiv pe planul asistenţei persoanelor cu cerinţe speciale, includ şi schimbări în atitudinea comunităţii faţă de acestea şi, mai ales, schimbări pe planul serviciilor socio-psiho-pedagogice complexe oferite: prevenţie, depistare, diagnostic, terapie, recuperare, educaţie, orientare şcolară şi profesională, integrare socială şi monitorizare a evoluţiei lor ulterioare, creşterea calităţii vieţii şi, nu în ultimul rând, crearea unor noi oportunităţi profesionale, compatibile, pe de o parte, cu diferitele deficienţe, iar pe de altă parte, cu reperele şi exigenţele normelor europene şi ale drepturilor universale ale omului.

La Conferinţa de la Salamanca, Spania (1994), desfăşurată sub genericul „Acces şi calitate", s-a lansat termenul de „cerinţe educative speciale" (C.E.S.); în contextul transformărilor actuale ale societăţii, însăşi această sintagmă a căpătătat conotaţii mult mai nuanţate, desemnând necesităţile educaţionale complementare acelora vizate de obiectivele generale ale educaţiei şi învăţământului, o educaţie adaptată particularităţilor individuale şi caracteristicilor unei anumite deficienţe, precum şi o intervenţie specifică, pentru reabilitarea şi recuperarea copiilor şi persoanelor deficiente.

Asigurarea respectării dreptului la educaţie pentru toţi copiii (art. 28, din „Convenţia Drepturilor Copilului"), în care se includ şi cei deficienţi de vedere, precum şi egalizarea şanselor de succes ale acestora, au reprezentat şi continuă să reprezinte obiective esenţiale, întemeiate pe unul dintre drepturile lor fundamentale, constând în valorificarea maximală a propriilor capacităţi; nu este întâmplător, în acest sens, că există şi o zi internaţională a educaţiei copiilor nevăzători, marcată anual, pe data de 13 noiembrie.

Recuperarea se bazează pe rezultatele diagnozei formative, precum şi pe informaţiile medicale, psihologice, pedagogice, sociale, genetice, farmacologice etc.; şi în cazul deficienţilor de vedere, acest proces se realizează aplicând principiile terapiei complexe şi integrate şi utilzând planuri de intervenţie personalizate, care să conducă la adaptare optimă şi la progresul personalităţii.

Rezultatele diagnozei fundamentează prognoza de scurtă şi de lungă durată, care se obiectivează în măsurile generale incluse în procesele de recuperare şi în programele speciale, suplimentare, individualizate, toate conformându-se, însă, la o schemă generală, care cuprinde ***complexul de factori şi condiţii ce concură la o recuperare cât mai eficientă:*** activităţi de învăţare, activităţi terapeutice, compensare, adaptare, activităţi de pre-profesionalizare, de profesionalizare şi de integrare socio-profesională, activităţi

ludice etc., înregistrându-se permanent, pe parcursul demersului recuperativ, efectele directe şi secundare ale ameliorării obţinute în timp şi progresele în dezvoltarea psihică, în recuperarea compensatorie şi în procesul recuperativ-integrativ, care trebuie realizat cu maximă economicitate şi eficienţă.

Recuperarea vizează valorificarea maximală a tuturor potenţialităţilor fizice, psihice, sociale, morale etc. ale persoanei cu deficienţă de vedere, antrenarea funcţiilor valide, în sensul compensării / suplinirii structurilor şi funcţiilor afectate, precum şi pregătirea şi susţinerea psihologică pentru activarea unei stări motivaţional-afective optime pentru activitate şi integrare.

În acest demers multidimensional s-a impus tot mai mult ideea „reabilitării bazate pe comunitate", adică pe implicarea societăţii (relaţii profesionale, instituţii specializate, susţinere financiară în aplicarea diferitelor metode etc.) în planificarea, implementarea şi evaluarea programelor de recuperare a persoanelor cu deficienţe.

Procesul de recuperare a deficienţilor de vedere include un sistem larg de măsuri şi activităţi menite să optimizeze funcţionarea în plan mental, fizic, psihic, social etc., spre a-şi putea asuma şi performa rolurile unui status socio-uman normal (aşa cum reiese din schemă).

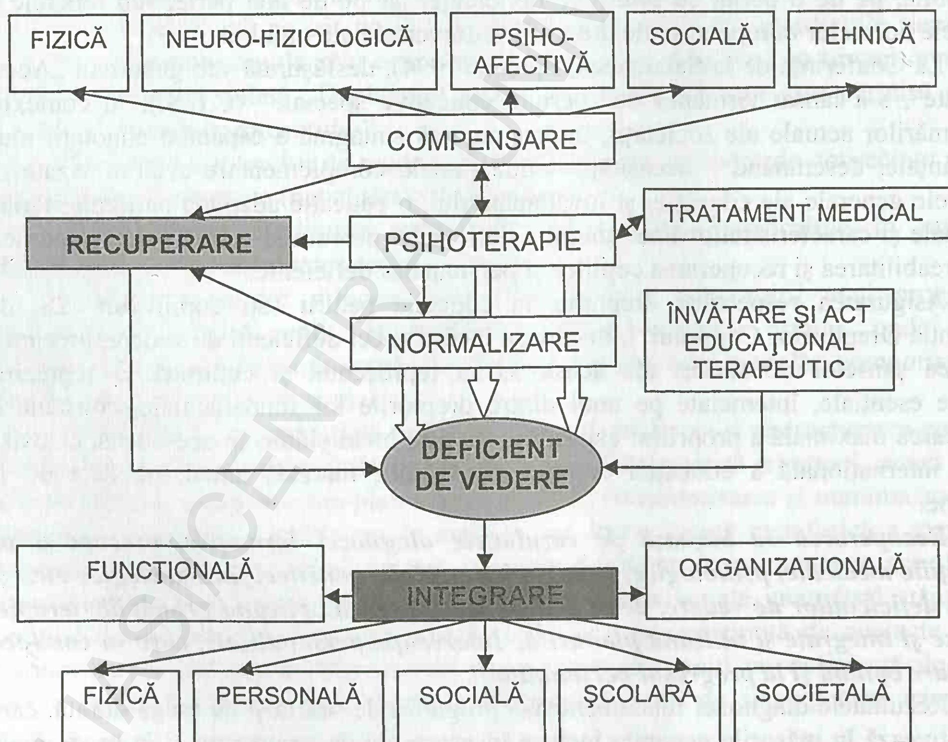


Fig. 1. **Recuperarea şi procesele implicate**

Recuperarea deficienţilor de vedere de orice vârstă, dar, mai ales a copiilor, reprezintă un obiectiv fundamental al protecţiei şi asistenţei sociale, aceasta fiind una din

priorităţile politicii României, ca stat membru al Uniunii Europene care respectă Carta Drepturilor Universale ale Omului.

Recuperarea, cu toate dimensiunile ei referitoare la tratament, ocrotire şi protecţie, compensare, învăţare, raportarea permanentă la nevoile proprii ale persoanei în fiecare etapă de vârstă şi de dezvoltare, implică, şi în cazul deficienţilor de vedere, un ***demers complex, sistematic, coerent, realizat prin implicarea specialiştilor din domenii interdisciplinare***, care pot contribui la realizarea, pe cât posibil, a standardelor de normalitate, în perspectiva unei integrări reale şi eficiente a acestora.

Deoarece deficienţa de vedere este determinată, în mod direct sau mediat, de o anumită boală oftalmologică şi/sau de altă natură, *tratamentul medical* reprezintă un pas important în recuperare.

Tratamentul medical joacă rol fundamental în recuperarea deficienţilor de vedere, acesta vizând, atât boala oftalmologică de fond responsabilă de deficienţă, cât şi celelalte afecţiuni organice, fizice, funcţionale care pot fi asociate cu deficienţa de vedere; din nefericire, unele boli, în general congenitale, nu pot beneficia de tratament, ca şi cecitatea congenitală sau cea corticală.

Tratamentul medical este, în primul rând, tratament medicamentos, dar şi chirurgical, de remediere a unor structuri lezate sau de protezare oculară; astfel, rezultate bune se obţin prin operaţiile de implant (de exemplu, implant de cristalin artificial, keratoplastie sau grefa de cornee etc).

Profilaxia apariţiei unor boli responsabile de deficienţa de vedere şi a unor complicaţii este tot atât de importantă, impunând o serie de măsuri de prevenţie a accidentelor de muncă şi auto, de campanii de vaccinare, de evitare a avitaminozelor din alimentaţie (de exemplu, deficitul de vitamină A la copii, mai ales în timpul unui focar de rujeolă, care este o boală frecventă a copilăriei, poate produce complicaţii oculare majore), de depistare precoce a unor boli infecţioase, degenerative sau tumorale, care pot conduce spre orbire, de prevenire a retinopatiei prematurului, care produce cecitate, precum şi a tuturor factorilor etiologici cu risc major în apariţia deficienţei de vedere de diferite gravităţi.

Orice demers recuperativ al deficienţilor de vedere, ca şi procesul de învăţământ special tiflopedagogic, cuprinde, printre obiectivele sale prioritare, şi ***compensarea*** funcţiei vizuale lezate.

Pentru a putea fi înţeleasă ca un fenomen integral, ***compensarea trebuie privită, înainte de toate, ca un mod de adaptare,*** deoarece, în condiţiile apariţiei unei deficienţe vizuale, care determină lezarea parţială sau totală a uneia dintre cele mai importante funcţii senzoriale, sunt mobilizate disponibilităţi latente care, altfel, ar fi rămas neutilizate.

Modul de compensare este condiţionat de natura, gradul, gravitatea etiologia şi vârsta la care a apărut deficienţa vizuală primară, de eventualele deficienţe asociate, de profunzimea consecinţelor negative secundare pe care acestea le imprimă pe planul dezvoltării fizice, intelectuale, psihomotorii şi afectiv – atitudinale, ***solicitând forme specifice de compensare*** (aşa cum reiese şi din schema anterior prezentată):

• ***Compensarea fizică şi psihomotorie*** este necesară, în primul rând, deoarece deficienţa de vedere determină o serie de consecinţe asupra acestor planuri, aşa cum s-a prezentat într-un capitol anterior, consecinţe care trebuie compensate ***spre a realiza o recuperare totală a deficienţilor de vedere***.

De asemenea, ea este necesară deoarece ***vederea organizează şi reglează mişcarea, postura, echilibrul, supleţea, armonia actelor motorii, conduita, pronunţia verbală, mimica şi pantomimica.***

• ***Compensarea neuro-fiziologică*** este pregnant necesară, în cazul deficienţei de vedere, deoarece funcţia vizuală se realizează atât prin mecanismele retiniene periferice, cât şi prin cele corticale centrale, analizatorul vizual fiind considerat „dirijorul tuturor simţurilor", mai ales pentru că imaginile mintale sunt, în primul rând, vizuale sau „vizualizate".

În condiţiile vederii slabe, există piedici obiective în calea formării imaginilor optice corecte şi clare pe retină şi a transmiterii lor la nivel central, unde se produc dereglări, o subdezvoltare funcţională sau fenomene inhibitorii, ***scoarţa cerebrală folosind surse informaţionale din alte modalităţi senzoriale (auz, tact) în detrimentul dominanţei vizuale, a dezvoltării legăturilor funcţionale intracerebrale pe care se bazează, în mod normal, vederea.***

Acest tip de compensare a deficienţei de vedere se realizează prin:

- ***mobilizarea vederii restante,*** a funcţiei analizatorului vizual, prin activizarea tuturor potenţialităţilor vizuale, prin relaţionarea capacităţii funcţionale manifeste şi latente, a vederii foveale şi a celei periferice sau prin preluarea funcţiei vizuale de către ochiul valid, în cazul deficienţelor de vedere monooculare sau cu diferenţe evidente structural-funcţionale între cei doi receptori oculari ***(compensarea intramodală sau intrasistemică)***
- ***interacţiunea analizatorilor***, adică prin restructurarea legăturilor funcţionale pentru o acţiune unitară, prin „stabilirea unei corespondenţe între claviatura percepţiei vizuale şi cea tactil-kinestezică" (mai ales pentru nevăzători); aceasta echivalează cu compensarea polisenzorială, prin antrenarea analizatorilor valizi pentru realizarea unui act reflectoriu complex care să compenseze vederea slabă, în cazurile în care ea trebuie protejată ***(compensare intermodală sau intersistemică)***
- ***păstrarea dominanţei vizuale şi susţinerea vederii restante, prin analizatorii valizi,*** a căror informaţie, transferată în modalitatea vizuală („vizualizată"), o îmbogăţesc cantitativ şi calitativ, printr-o fineţe discriminativă mai nuanţată şi prin controlul percepţiei vizuale, producându-se, cum susţin unii autori, (Kravkov, S. V., Kekceev, K. H., Svarţ, L. A., Bangerter, A., Ştefan, M.), modificarea sensibilităţii unui analizator prin stimularea altora;
- ***compensarea prin intermediul proceselor superioare de cunoaştere şi a trăsăturilor pozitive de personalitate***

Procesele psihice pot avea atât efecte pozitive, cât şi negative asupra procesului compensării vederii slabe sau a lipsei vederii, acestea depinzând nu numai de calităţile lor, ci şi de corectitudinea şi adecvanţa demersului compensator, precum şi de factorii personali (motivaţie, activism, echilibru emoţional etc.).

În recuperarea persoanelor cu ambliopie se acţionează, în primul rând, asupra ocrotirii vederii restante, prin limitarea activităţii vizuale şi evitarea condiţiilor de lucru care

ar putea dăuna. Conservarea vederii nu presupune lipsa activităţii vizuale, ci utilizarea ei în condiţii optime, şi de aceea, un obiectiv important în recuperarea copiilor cu ambliopie este acela de a-i învăţa să-şi folosească posibilităţile vizuale şi de a le dezvolta capacitatea de a percepe activ şi sistematic.

La persoanele nevăzătoare, elaborarea mecanismelor compensatorii se realizează prin aceleaşi procese nervoase care stau la baza funcţionării normale a organismului, dar în alte relaţii funcţionale.

Restructurările ce au loc nu atrag crearea de substituiri morfologice, ci doar crearea de funcţii adaptative noi, prin includerea dominantă a analizatorului tactil-auditiv şi formarea de imagini mentale pe baza acestora.

• *Compensarea psiho-afectivă* a consecinţelor deficienţei de vedere vizează, îndeosebi, planul personalităţii.

Pentru eliminarea stărilor de anxietate, de insecuritate, pentru corectarea imaginii de sine negative şi pentru creşterea încrederii în sine, deficienţii de vedere au nevoie de multă încurajare, de afecţiune, de relaţii sociale multiple, bazate pe reciprocitatea respectului şi aprecierii, toate acestea stimulându-i în activitate, în comunicare şi în relaţionarea socială; astfel, reuşita în activitate contribuie la formarea şi consolidarea capacităţii de autoapreciere şi a deprinderilor „de a se ajuta singuri“ (self-help skills).

• *Compensarea socială* joacă un rol important în dezvoltarea deficienţilor de vedere ca personalităţi armonioase, mai puţin sau deloc decompensate.

Compensarea experienţei perceptiv-cognitive şi practice mai reduse a deficienţilor de vedere, mai ales la vârstele mici şi nu numai, se realizează în primul rând printr-o ***intensă comunicare, în scopul însuşirii comportamentelor sociale şi a modelelor acţionale (de la însuşirea expresiilor faciale, a posturilor corporale şi a semnificaţiei lor în diferite situaţii de interacţiune socială şi până la însuşirea unor comportamente şi conduite adaptative social).***

Obiectivele compensării sociale se interferează cu cele ale compensării afective, deoarece dimensiunea emoţională, empatică şi spirituală reprezintă „porţile“ de intrare a influenţelor sociale benefice.

Influenţele educative, organizate în scopul elaborării experienţei de viaţă şi a comportamentelor sociale, exprimate în cunoştinţe, abilităţi, afecte, deprinderi de activitate, principii, opinii, convingeri, modele acţionale şi interrelaţii sociale se constituie, treptat, în conţinut al învăţării sociale, asimilat şi valorizat de către deficientul de vedere în propria sa adaptare la viaţă şi activitatea personală şi socială.

Compensarea socială implică şi latura ştiinţifică şi culturală, cu atât mai mult cu cât deficienţii de vedere sunt dornici de cunoaştere a celor mai diverse probleme ale vieţii, ale societăţii, ale evenimentelor sociale, politice, culturale.

Un rol important îl joacă, fără îndoială, lectura, mai ales pentru faptul că nevăzătorii au acces, prin limbajul Braiile, prin mijloacele audio şi mai ales cu ajutorul computerului, să citească în mod independent şi să-şi selecteze lectura.

Una dintre provocările importante referitoare la compensarea culturală este aceea de a contribui la ***schimbarea viziunii asupra persoanelor cu deficienţă de vedere, mai ales asupra nevăzătorilor, prin transformarea reprezentărilor sociale şi prin renunţarea la etichetări şi stigmatizări, precum şi prin ancorarea lor în realitatea societăţii actuale,***

sub toate aspectele ei, deoarece ei au aceeaşi satisfacţie de a participa la viaţa socială şi culturală a comunităţii ca a oricărei alte persoane.

• ***Compensarea tehnică,*** alături de cea naturală, spontană şi aproape deloc dirijată, se realizează printr-o serie de mijloace tehnice (ochelari, lupe, aparate opto-electronice, ochelari cu celule fotosensibile ce transformă sursa de lumină în sunete etc.), unele moderne, tot mai sofisticate şi mai performante, care facilitează corectarea şi recuperarea funcţiei vizuale lezate sau absente.

Aparatele şi instrumentele tehnice se folosesc pentru evaluarea funcţiei vizuale, pentru corectarea indicilor funcţionali ai vederii, pentru realizarea antrenamentului vizual (pleoptică şi ortoptică motorie) sau cu rol de material didactic specific.

• Un rol important în compensare îl joacă ***educaţia vizual-perceptivă;*** pe baza diagnosticului oftalmologic şi psihopedagogic şi ţinând cont de prognosticul deficienţei se instituie ***un program de activizare a tuturor potenţialităţilor vizuale restante şi de optimizare a vederii, pentru reducerea decalajului dintre vederea potenţială şi cea manifestă şi creşterea eficienţei vizuale.***

Această activitate, realizată printr-o varietate de exerciţii şi tehnici, trebuie să se integreze în contextul activităţilor cognitive şi practice ale elevilor ambliopi spre a contribui la compensare şi, prin aceasta, la sporirea eficienţei învăţării.

Scopul general al educaţiei vizual-perceptive constă în dezvoltarea funcţiei vizuale prin valorificarea restanţelor funcţional-organice, dar şi prin protecţia acestora, păstrându-se, pe cât posibil, în cazul ambliopiei, dominanţa vizuală; de asemenea, această activitate vizează compensarea lipsei vederii în cazul cecităţii, prin stimularea tactil-kinesteziei şi a celorlalte modalităţi senzorial-perceptive valide.

În ansamblul lor, exerciţiile de educaţie vizual-perceptivă contribuie la activizarea funcţiei vizuale şi a tactil-kinesteziei, diminuând consecinţele deficienţei vizuale şi contribuind la asigurarea unor condiţii optime de recepţie, transmitere şi prelucrare a informaţiilor obţinute prin explorare polisenzorială, dar şi prin intermediul limbajului, precum şi la îmbunătăţirea condiţiilor de procesare şi interpretare corticală a informaţiilor.

Educaţia vizual-perceptivă face parte integrantă din procesul compensator recuperator şi formativ, în cazul deficienţilor de vedere, fiind o activitate interdisciplinară şi specializată, exerciţiile fiind aplicate în funcţie de diagnosticul medico-psihologic şi de o serie de principii metodice (realizarea lor în contextul activităţii cognitive şi practice a elevilor, aplicarea sistematică, continuă, gradată ca dificultate şi durată, spre a evita efortul excesiv sau unele efecte negative de tipul iatrogeniei de comunicare sau a transferului negativ, stimularea timpurie şi creşterea progresivă a complexităţii exerciţiilor, în funcţie de vârstă şi de obiectivele vizate).

• ***Psihoterapia*** joacă un rol deosebit de important în procesul recuperativ al deficienţilor de vedere; ***intervenţiile psihoterapeutice susţin şi consolidează, în primul rând, actul educaţional terapeutic,*** care determină atât redresarea eficienţei intelectuale, cât şi readaptarea socio-afectivă şi restructurarea personalităţii şi a comportamentului.

Necesitatea intervenţiilor psihoterapeutice se justifică, apoi, prin valenţele ei de reducere a decompensării personalităţii, deoarece mulţi copii, adolescenţi, tineri, adulţi, bătrâni, slab-văzători sau nevăzători, nu-şi pot asuma psihic propria deficienţă şi

consecinţele ei sau şi le asumă, dar cu transformări majore pe planul personalităţii (neîncredere în sine şi în ceilalţi, complexe de inferioritate, retragere introvertită şi restrângere a câmpului operaţional, ca mecanism de apărare faţă de lume, autocontrol volitiv, emoţional şi socio-moral redus, înstrăinare socială şi interpersonală, tulburări de comunicare, diferite forme comportamentale de apărare a eu-lui, sentimente de teamă şi de neputinţă); ***psihoterapia joacă, astfel, rol compensator, ca modalitate de echilibrare.***

În plus, ***psihoterapia este, în fapt, cadrul în care se poate produce compensarea***, este un dialog prin care sunt induse modele de gândire, concepţie, decizie, acţiune, comportament.

Psihoterapia accentuează efectele tuturor formelor de compensare a vederii slabe sau a lipsei vederii prin inducerea stării de relaxare, pe fondul căreia se suprapun efectele modelatoare asupra personalităţii.

Psihodrama, întemeiată, în forma ei clasică, de J. L. Moreno (născut în Bucureşti), a fost aplicată de noi în grupurile de preadolescenţi şi adolescenţi deficienţi de vedere.

Concepţia moreniană asupra psihodramei se întemeiază pe ideea că în fiecare om există un potenţial creativ care poate fi „dezlănţuit" prin procesul terapeutic, psihodrama favorizând descoperirea şi activarea acestuia; prin jocul dramatic, psihodrama crează condiţiile evocării unor situaţii de viaţă în scopul optimizării procesului de autocunoaştere şi dezvoltare personală.

Psihodrama intervine în mod esenţial asupra relaţiilor interpersonale, prin tehnicile specifice ale acţiunii psihodramatice şi prin asumarea rolurilor specifice (rolul protagonistului, dublura, inversiunea de rol, oglinda, solilocviul), putându-se, astfel, restructura, într-un cadru securizant, îndoielile, dorinţele, blocajele, visele, dar, mai ales, modurile disfuncţionale şi dezadaptative de comportament social ale subiecţilor.

Noi am aplicat această tehnică de grup, mai ales, în cazul copiilor deficienţi de vedere cu tulburări comportamentale, cu probleme de adaptare şcolară şi socială, cu probleme emoţionale (survenite în urma evoluţiei nefavorabile a deficienţeilor, a unor evenimente dramatice familiale, a unor intervenţii chirurgicale etc), vizând exersarea, sub forma jocului de rol, a unor comportamente adaptative şi a unor modele de viaţă tonice, echilibrate emoţional şi constructive.

În plus, dacă psihoterapia de grup include şi ***tehnica sugestopediei***, efectele ei benefice sunt mai mari.

Sugestopedia se bazează pe trei principii fundamentale: eliminarea tensiunii din procesul de învăţare şi educarea încrederii în sine şi în succes, valorificarea integralităţii fiinţei umane, a unităţii conştient-inconştient, raţional-afectiv, prin mobilizarea şi a funcţiilor emisferei drepte şi interacţiunea sugestivă, bazată pe o relaţie empatică profesor-elev.

În limitele grupului psihoterapeutic şi ale psihoterapiei de grup, corelată cu astfel de tehnici de relaxare, se poate interveni asupra personalităţii şi comportamentului de învăţare prin procedee sugestive, mai ales pentru faptul că, aşa cum ne-au relevat rezultatele unei cercetări personale care a mai fost invocată, copiii deficienţi vizual au un nivel mare al sugestibilităţii.

Aplicând „Modelul de învăţare acţional-terapeutică", prezentat deja, care include şi unele tehnici sugestopedice, s-a obţinut creşterea performanţei în învăţare şi a capacităţii mnezice a elevilor deficienţi vizual din ciclul gimnazial.

Bazându-ne pe sensibilitatea deosebită pentru muzică a deficienţilor de vedere, am utilizat cu rezultate deosebite şi ***meloterapia şi artterapia*** (mai ales pictura cu degetele, deoarece contactul direct al senzorialităţii contribuie la descărcarea energetică şi a tensiunii intrapsihice care are efecte negative în planul adaptativ şi al activităţii).

Meloterapia (terapia prin muzică) intensifică starea de sănătate la toate vârstele; ea vizează ameliorarea suferinţelor patologice, psihice şi somatice, dar şi sanogeneza şi creşterea rezistenţei la stress.

Pubertatea, cu transformările fiziologice şi neuroendocrine spectaculoase, produce în planul afectiv modificări semnificative: sensibilitate excesivă, exaltare afectivă, viaţă interioară foarte frământată pentru explicarea misterului sexualităţii, hiperemotivitate, timiditate, îndoială privind profunzimea afecţiunii parentale, toate exacerbate de conştientizarea propriei deficienţe vizuale, în adolescenţă, afectivitatea este debordantă, stările de tensiune şi dezechilibru intern, conflictele, crizele emotive, inhibiţia, nevoia de afirmare fiind acutizate de limitele impuse de deficienţa de vedere.

Din astfel de motive, meloterapia (printr-o gamă largă de activităţi ca audiţia muzicală, cântatul la instrumente, compoziţia, improvizaţia etc.) contribuie la creşterea sociabilităţii şi a socializării, a coeziunii şi colaborării de grup, la stimularea emoţiilor pozitive şi eliminarea celor negative, la comunicare, la înţelegere şi auto-înţelegere, la stimularea psihică multiplă (senzorială, intelectuală, voliţională), la modelarea personalităţii şi la relaxare în grup.

Training-ul autogen în grup reprezintă o altă tehnică terapeutică prin care noi am obţinut o serie de rezultate pozitive, în cazul copiilor deficienţi de vedere.

Derivând din limba greacă (autos – prin sine însuşi şi genan – a naşte), training-ul autogen este o metodă de psihoterapie „activatoare" (de relaxare), bazându-se pe efectul relaxant produs asupra tonusului muscular, care provoacă reacţii la nivelul întregii personalităţi, prin modificări mai mult sau mai puţin profunde la nivel afectiv şi pulsional (C. Gorgos).

Familiarizându-ne cu tehnica de aplicare a antrenamentului autogen din lucrările lui Schultz şi din altele din literatura de specialitate, noi le-am aplicat „în domeniul senzorial", în grup, la deficienţii de vedere cu diagnosticul oftalmologic de strabism şi nistagmus, vizând „conştientizarea şi rafinarea simţului muscular, iar în domeniul motor, a inhibiţiei tonice voluntare", adică instituirea controlului voinţei asupra mişcării.

Opţiunea pentru aplicarea în grup a acestei tehnici e determinată de convingerea că, ***în orice activitate, dinamica relaţională din grupul tiflopedagogic sporeşte reuşita*** şi contribuie la o mai bună înţelegere a semnificaţiilor individuale.

Strabismul şi nistagmusul sunt tulburări ale mobilităţii oculare.

Prin antrenamentul autogen s-au vizat o serie de obiective în scopul atenuării efectelor acestor vicii de motilitate oculară: mobilizarea tuturor rezervelor funcţionale ale vederii, eliminarea sau diminuarea inhibiţiei, antrenarea proceselor psihice care pot interveni în ajutorul vederii deficitare, funcţionale optimal pe fondul relaxării psihice (atenţie vizuală, memorie logică, înţelegere verbală, percepţie), educarea voinţei, a autocontrolului, a încrederii în sine, a motivaţiei pozitive, sporirea eficienţei vizuale care depinde de toţi parametrii vederii, de interacţiunea analizatorilor, realizată prin analiza şi sinteza corticală.

Aplicarea acestei tehnici de relaxare are rol recuperator, procesele psihice manifestându-se în unitate indisolubilă cu cele fiziologice şi motorii şi la nivelul organului văzului; în plus, tehnica terapeutică activează procesul de conştientizare şi intenţionalitate al exercitării funcţiei vizuale.

- *Terapia prin învăţare* joacă, de asemenea, un rol deosebit, mai ales în cazul deficienţilor de vedere de vârstă şcolară.

Funcţia terapeutică a instrucţiei şi educaţiei constă în dobândirea unor achiziţii (cunoştinţe, priceperi, deprinderi) cu rol restructurant, de echilibrare, de funcţionare normală a comportamentului.

Actul educaţional terapeutic intervine în crearea şi menţinerea unui cadru organizat de recuperare; el se constituie într-o modalitate de instrucţie-educaţie normalizatoare, deoarece, în afară de organizarea activităţii de învăţare, contribuie la realizarea procesului de structurare a personalităţii şi comportamentului în această situaţie specială, grupul şi valenţele lui terapeutice accentuând efectele învăţării.

Dezvoltarea compensatorie a deficientului de vedere trebuie să includă şi ***orientarea formativă şi recuperatorie a învăţării,*** care dinamizează dezvoltarea, echilibrează funcţiile dereglate, corectează, pe cât posibil, abaterile în dezvoltare datorate deficienţei vizuale, reglează relaţiile individuale, concură la educaţia pentru viaţă, la performarea unor strategii comportamentale înalt adaptative etc.

Ne-am referit în mod expres la elevul deficient de vedere, dar nu trebuie ignorat faptul că ***terapia prin învăţare, ca, de altfel, toate formele de terapie şi compensare, sunt necesare în procesul recuperativ al deficienţilor vizual de orice vârstă.***

- *Terapia complexă şi integrată*, realizată prin activităţile concepute şi conduse de către educatori, cuprinse în Planul de învăţământ pentru deficienţii de vedere, este structurată pe o serie de coordonate majore: activităţi pentru exersarea unor măsuri de protecţie şi securizare personală, pentru eliminarea stărilor dezadaptative produse de deficienţă, pentru cunoaşterea propriului corp şi pentru formarea deprinderilor igienice, pentru formarea, consolidarea şi exersarea deprinderilor de viaţă cotidiană, a autonomiei personale, a autoservirii, activităţi pentru integrarea socială utilă prin rezolvarea unor probleme ale vieţii familiale, ale vieţii şcolare şi de internat, pentru formarea şi respectarea normelor de comportare civilizată etc., precum şi activităţi pentru exersarea deprinderilor din fiecare sferă afectată (activitate perceptivă, psihomotricitate, orientare şi mobilitate, activitate cognitivă, comunicare şi dezvoltarea limbajului, deprinderi şi abilităţi manuale şi practice etc.).

La baza programelor de terapie (cognitivă, ludică, ocupaţională etc.) trebuie să stea ideea că afectivitatea, motivaţia şi comunicarea sunt componente fundamentale prin care se pot realiza influenţele pozitive asupra copiilor şi tinerilor deficienţi de vedere.

Toate intervenţiile compensator-terapeutice conduc spre optimizarea adaptării, spre normalizare şi spre realizarea autonomiei personale a deficienţilor de vedere, ele reprezentând coordonatele şi finalităţile procesului de recuperare şi integrare a acestora.

Gradul de adaptare sau de neadaptare este un parametru important în aprecierea eficienţei programelor educaţionale, compensatorii, terapeutice şi recuperatorii aplicate pentru deficienţii de vedere.

Compensarea socială, ca de altfel, toate formele de compensare şi psihoterapie, influenţează în mare măsură ***adaptarea şi autonomia*** deficienţilor de vedere, care capătă o serie de valenţe pozitive sau negative, în funcţie de capacităţile deficientului de vedere, dar şi de mediul fizic, material, social, de modul în care se realizează procesul normalizării.

Conform lui Mikelson (Danemarca), ***normalizarea vieţii persoanelor cu deficienţe, inclusiv a celor cu deficienţe de vedere, reprezintă dreptul acestora de a avea o existenţă cât mai apropiată posibil de existenţa normală a celorlalţi oameni***, de a avea acces la condiţii de viaţă cotidiană cât mai apropiate posibil de condiţiile obişnuite. Condiţiile de viaţă asemănătoare celor normale trebuie adaptate în funcţie de complexitatea deficienţei, de capacităţile existente sau potenţiale, de nevoile speciale economice, sociale, culturale, religioase, personale.

Procesul normalizării concură la realizarea ***integrării sociale,*** care, conform UNESCO, reprezintă un ansamblu de măsuri care se aplică diverselor categorii de populaţie şi urmăreşte înlăturarea segregării sub toate formele.

Procesul de integrare implică modalităţi diverse de interacţiune şi de includere în grup sau colectivitate, de obţinere a unui status social şi de performare a rolurilor asociate lui.

Funcţia socială a integrării constă în asigurarea corespondenţei dintre normele şi valorile unui grup şi respectarea lor de către individul integrat, care îşi manifestă competenţele, dar şi nevoile personale (satisfacerea trebuinţelor interpersonale, de participare, afiliere, confirmare, autorealizare).

Nivelurile integrării (**B. Nirje,** *apud* **D. V. Popovici**, 1999, pp. 168-169), aceleaşi şi pentru deficienţii de vedere, sunt:

- ***integrarea fizică*** – satisfacerea trebuinţelor de bază (specializarea arhitecturii, zone rezidenţiale obişnuite, clase şi grupe în şcoli de masă, profesionalizare şi angajare alături de normali etc.);
- ***integrarea funcţională*** – asigurarea condiţiilor pentru utilizarea efectivă a tuturor serviciilor şi facilităţilor puse la dispoziţia comunităţii;
- ***integrarea socială*** – viaţă socială obişnuită, relaţii comunitare, psihosociale şi interpersonale nediscriminatorii, neexclusive;
- ***integrarea personală*** – posibilitatea iniţierii, menţinerii şi dezvoltării unor relaţii cu persoane semnificative (părinţi, prieteni, colegi de muncă, soţ, soţie, copii, persoane publice, profesori etc.);
- ***integrarea societală*** – asigurarea drepturilor cetăţeneşti normale şi a autonomiei decizionale cu referire la propria existenţă;
- ***integrarea organizaţională*** – participarea deplină la toate nivelurile structurilor organizaţionale (firmă, instituţie, formaţiuni politice, asociaţii profesionale etc.), conform capacităţilor şi intereselor persoanei cu deficienţă;
- ***integrarea şcolară*** – integrarea în structurile învăţământului normal sau ale şcolii incluzive a copiilor cu cerinţe speciale de educaţie.

5. TERAPIE ŞI RECUPERARE ÎN TULBURĂRILE DE LIMBAJ ŞI COMUNICARE

1. Referinţe generale şi de principiu

În literatura de specialitate, sunt referiri la o serie de metode şi procedee ce pot fi folosite în corectarea tulburărilor de limbaj la subiecţii care vorbesc o anumită limbă. Dintre acestea, o parte pot fi folosite şi pentru corectarea vorbirii logopaţilor, a căror limbă maternă este româna. Dar cum metodologia corectivă depinde şi de specificul limbii, nu toate metodele şi procedeele, ce au efecte pozitive într-o anumită limbă, produc rezultate similare la limba română. Sigur, ele depind şi de tipul de tulburare; spre exemplu, în tulburările de ritm şi fluenţă a vorbirii, metodologia terapeutică are un caracter de universalitate mai mare faţă de cel al tulburărilor de pronunţie, unde dependenţa de specificul limbii este mai accentuată. La acestea ne vom referi, în primul rând, precum şi la acele metode şi procedee pe care noi le-am verificat în practica logopedică şi care au condus la obţinerea unor rezultate pozitive în înlăturarea tulburărilor de limbaj. Ca atare, este important să atragem atenţia asupra faptului că preluarea unor metode şi procedee, folosite de unii specialişti pe subiecţi de o anumită limbă, trebuie să se facă cu mult discernământ. Fiind vorba de un anumit specific al limbii noastre, metodele şi procedeele respective nu numai că nu dau totdeauna rezultatele dorite, dar pot îngreuna corectarea sau pot contribui la apariţia altor deprinderi incorecte de pronunţie. Limba română, ca şi alte limbi, are caracteristicile sale proprii. Astfel, unele sunete sunt specifice numai limbii române. Spre exemplu, vocalele din limba română sunt asemănătoare, dar nu identice cu vocalele din alte limbi (**Rosetti, Al.**, 1963, pp. 61-62).

Dintre metodele şi procedeele care au o valoare mai mare, pot fi citate acelea cu acţiune indirectă asupra corectării tulburărilor de limbaj şi prin intermediul cărora se înlesnesc căile de acţiune a metodelor propriu-zis logopedice şi care sunt specifice fiecărei categorii de tulburări. Prin astfel de acţiuni, subiectul se pregăteşte din punct de vedere psihic şi fiziologic, ceea ce duce la facilitarea folosirii metodelor şi procedeelor logopedice adecvate.

În terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare pot fi folosite două categorii de metode şi procedee, unele cu caracter general şi altele specific logopedic adaptate pentru fiecare tulburare. Atât pentru aplicarea metodelor şi procedeelor generale, cu acţiune indirectă asupra corectării, cât şi a celor specifice, cu acţiune nemijlocită în educarea logopaţilor, este necesar să luăm în considerare câteva elemente esenţiale, de care trebuie să ţinem seama, pentru o individualizare strictă a cazurilor. În primul rând, este vorba de simptomatologie, manifestarea tulburării respective, care poate fi diferită de la un individ la altul, chiar dacă este vorba de acelaşi diagnostic, de vârsta cronologică şi mintală, de fondul psihic şi de faptul dacă sunt dificultăţi asociate etc. Merită subliniată şi ideea legată de raportarea tulburării la caracteristicile temperamentale, la rezonanţa afectivă şi, în genere, la trăirea handicapului în planul personalităţii. De altfel, manifestarea comportamentală, personalitatea logopatului determină o anumită înţelegere a handicapului şi un anumit fel de participare în procesul înlăturării acestuia. Trebuie avute în vedere şi cauzele care au declanşat dificultatea. În funcţie de acestea, se impun anumite metode şi procedee generale şi particulare de corectare a tulburărilor de limbaj. Dacă este

vorba de o imitaţie, se înţelege că se vor aplica alte procedee decât în cazul unei etiologii organice sau funcţionale. Vârsta şi nivelul de dezvoltare psihică impun nu numai o anumită atitudine a logopedului faţă de subiect şi a acestuia faţă de handicap şi activitatea de corectare, dar determină şi adoptarea unor metode care pot fi înţelese şi asimilate, cu ajutorul cărora se obţin cele mai rapide rezultate, în funcţie de capacităţile logopaţilor. De remarcat, că aceeaşi importanţă o are şi gradul de dezvoltare şi asimilare a informaţiilor, prin intermediul simbolisticii verbale.

Ca atare, diagnosticul şi prognosticul trebuie elaborate în funcţie de toate aceste elemente, precum şi în funcţie de condiţiile de viaţă şi activitate ale logopatului, ca şi de colaborarea părinţilor, a grădiniţei, a şcolii, în educarea logopatului. În fixarea diagnosticului trebuie să se ia în considerare existenţa unor deficienţe ale auzului, cât şi dificultăţile de intelect, pe fondul cărora pot apărea tulburările de limbaj şi comunicare.

În adoptarea metodelor şi procedeelor de înlăturare a diferitelor abateri, trebuie să se aprecieze dacă tulburarea de limbaj se datorează unei deficienţe psihice, senzoriale, mintale sau de altă natură, sau dacă sunt şi alte tulburări de limbaj ce se manifestă în paralel. Este necesar să cunoaştem aceste aspecte, pentru a adopta direcţiile ce urmează în cadrul metodologiei corective. Spre exemplu, în existenţa unei dislalii, pe fondul unei alalii sau pe fondul unei nedezvoltări a limbajului, acţiunea de corectare a pronunţiei trebuie să urmărească, în acelaşi timp, îmbogăţirea vocabularului, dezvoltarea înţelegerii vorbirii, dar şi dezvoltarea gândirii, deficitare în asemenea situaţii, formarea vorbirii corecte şi logice. În schimb, dacă avem de-a face cu o dislalie ce coexistă cu bâlbâiala, dislexia, disgrafia, cu tulburări de voce etc., acţiunea de corectare poate să se facă separat, dar nu exclude posibilitatea unei acţiuni în paralel. Remarcăm faptul că la vârste mici, sau la subiecţii cu intelect slab dezvoltat, este recomandabilă respectarea principiului acţiunii de la simplu la complex, ceea ce înseamnă că mai întâi se corectează tulburările uşoare şi ulterior cele dificile.

Referindu-ne la vârsta subiectului, este indicat ca tulburarea de limbaj şi comunicare să se corecteze din perioada preşcolară, din două motive: pe de o parte, pentru a nu permite să se instaleze unele deprinderi greşite, deoarece se ştie că este mai uşor să formezi deprinderi noi de vorbire, decât să corectezi o dificultate stabilizată, iar pe de altă parte, la intrarea copilului în şcoală, deficienţele de limbaj pot provoca tulburări de personalitate, prin conştientizarea defectului şi pot duce la insuccese şcolare repetate, ca urmare a inhibiţiei, reţinerii, negativismului şi a dificultăţilor de integrare în activitatea şcolară şi în colectivitatea de copii. Un alt motiv este şi acela că în perioada preşcolară se poate obţine o colaborare mai uşoară din partea părinţilor şi a educatoarelor din grădiniţe. Aceştia îşi pot asuma obligaţia să supravegheze pronunţia copilului şi să repete exerciţiile psihopedagogice indicate de logoped.

Atât la copii, cât şi la alte vârste, în corectarea tulburărilor de pronunţie, ca şi în corectarea altor tulburări de limbaj, se disting două categorii de metode şi procedee educaţional-recuperative, şi anume: ***metode şi procedee cu caracter sau de ordin general şi metode şi procedee specific logopedice*** (**E. Verza**, 2003). Dacă prima categorie (metode şi procedee cu caracter general) se poate aplica în orice tulburare de limbaj, cele din a doua categorie (metode şi procedee specific logopedice) sunt proprii, specifice, fiecărei tulburări de limbaj în parte, ceea ce înseamnă că se înregistrează diferenţe majore, atât în forma de aplicare a acestora, cât şi în conţinutul lor, în funcţie de tipul de tulburare

şi de gravitatea ei, de cauzele şi condiţiile care stau la baza tulburării respective, de vârsta subiectului, de nivelul dezvoltării psihice a acestuia, de motivaţia pentru activitatea logopedică ş.a.

2. Metode şi procedee cu caracter general

În categoria metodelor şi procedeelor educativ-corective, care au un caracter general-logopedic, sunt cuprinse:

1. gimnastica şi miogimnastica corpului şi a organelor care participă la realizarea emiterii verbale;
2. educarea respiraţiei şi a echilibrului dintre expir şi inspir;
3. educarea auzului fonematic;
4. educarea personalităţii, înlăturarea negativismului faţă de vorbire şi a tulburărilor comportamentale.

Aceste metode şi procedee nu înlătură, în mod nemijlocit, tulburările de limbaj şi comunicare, dar ele sunt necesare deoarece contribuie la pregătirea şi fortificarea organismului, ca şi cea a personalităţii subiectului, facilitând, astfel, aplicarea şi producerea efectelor pozitive ale metodelor şi procedeelor specific logopedice în activităţile corective.

1. Gimnastica şi miogimnastica corpului şi a organelor care participă la realizarea emiterii verbale se referă la îmbunătăţirea motricităţii generale şi a mişcărilor fono-articulatorii. În acest scop, se pot indica o serie de exerciţii care au o importanţă deosebită nu numai pentru dezvoltarea limbajului, dar şi pentru sănătatea organismului. Aceste exerciţii urmăresc fortificarea trunchiului, a gâtului şi a membrelor. În toate cazurile, exerciţiile fizice generale trebuie asociate cu cele de respiraţie. Exerciţiile fizice generale şi mai ales a celor de tipul gimnasticii medicale, au scopul de a uşura desfăşurarea unor mişcări complexe ale diferitelor grupe de muşchi care iau parte la activitatea de respiraţie şi la funcţionarea aparatului fono-articulator. Se ştie că, obişnuit, pentru pronunţarea fiecărui sunet, corpul, membrele, gâtul etc. capătă o anumită poziţie, fie de relaxare, fie de încordare. Spre deosebire de cei care vorbesc normal, spre exemplu, la dislalici are loc o încordare musculară pe unele porţiuni nespecifice pronunţării sunetului respectiv. La nivelul aparatului fono-articulator, o încordare a muşchilor limbii, buzelor etc. în locuri nespecifice, afectează nu numai pronunţia, dicţia, dar şi timbrul şi înălţimea vocii. Din punct de vedere motric, diferenţierea sunetelor perechi (t-d, c-g, p-b etc) se realizează numai printr-o mişcare musculară fină. În silabă şi cuvânt, mişcarea şi sincronizarea diferiţilor muşchi se face foarte rapid, ceea ce presupune o anumită dezvoltare şi abilitate. În realizarea articulaţiei, nu este nevoie să se depună un efort deosebit, pentru că exerciţiul creează automatisme, iar mişcările aparatului fono-articulator devin, în general, economicoase. Pentru cei cu tulburări de pronunţie, şi mai cu seamă pentru hipoacuzicii şi surdo-muţii în curs de demutizare, este necesar să înveţe că în producerea corectă a sunetelor buzele trebuie să exercite mişcări clare, maxilarul – uşoare mişcări faţă de poziţia obişnuită, limba – mişcări mai energice, iar laringele – mişcări foarte discrete (E. Verza, 2003).

Se pot distinge două subcategorii de exerciţii: *unele cu scopul de a relaxa* organismul şi musculatura aparatului de emisie, exerciţii utile în majoritatea tulburărilor

de limbaj şi în pronunţarea majorităţii sunetelor limbii române, iar *altele de încordare*, care se folosesc, în special, în timpul pronunţării sunetelor surde.

În cazul exerciţiilor fizice generale, este indicat ca fiecare mişcare să fie executată în mod ritmic, ceea ce va uşura introducerea ritmului şi la nivelul vorbirii. Acolo unde sunt şi tulburări motorii, ca în cazul disartricilor cu afecţiuni motorii cerebrale, la alalici şi afazici etc, exerciţiile fizice generale au o importanţă covârşitoare şi ele trebuie executate în paralel cu dezvoltarea vorbirii pe perioade relativ lungi de timp, pe cât posibil zilnic sau cel puţin de trei ori pe săptămână.

Grupa aşa-zisă a gimnasticii medicale se încadrează, eficient, în categoria exerciţiilor care contribuie la dezvoltarea motricităţii generale şi la asigurarea unui confort fizic benefic pentru fiecare individ, indiferent de vârstă.

Pentru dezvoltarea motricităţii organelor fono-articulatorii, se recomandă o serie de exerciţii ce se referă la dezvoltarea mişcărilor expresivităţii faciale, făcute în mod diferenţiat, în funcţie de caz. La unii logopaţi, asemenea exerciţii se fac într-un timp relativ scurt, deoarece nu sunt deficienţe care să împiedice, pregnant, realizarea vorbirii, iar acolo unde există pareze faciale, exerciţiile joacă un rol important în realizarea pronunţiei.

Şi motricitatea linguală joacă un rol esenţial în pronunţarea sunetelor, deoarece la fiecare sunet limba se dilată, se contractă, ia forme diferite şi ocupă alte poziţii în cavitatea bucală. Se pot folosi, în acest caz, numeroase exerciţii linguale, ce se adoptă în mod sincron cu mişcările de deschidere-închidere a gurii, a dezvoltării mobilităţii maxilarelor etc.

În aceeaşi ordine de idei, exerciţiile pentru dezvoltarea motricităţii mandibulare se folosesc, în special, la cei care au o muşcătură deschisă, prognatism şi progenie sau la cei cu traumatisme maxilo-faciale. La aceşti subiecţi, exerciţiile respective se pot desfăşura înaintea implementării metodelor specific logopedice, eficienţa lor este mai mare, dacă sunt aplicate pe tot parcursul activităţilor corectiv-educaţionale.

În fine, pentru dezvoltarea motricităţii labiale, este necesar să se folosească o serie de exerciţii, pornind de la rolul important pe care-l joacă buzele în pronunţarea fiecărui sunet, silabă şi cuvânt. Exerciţiile pentru dezvoltarea mişcărilor buzelor sunt necesare la marea majoritate a dislalicilor, dar mai cu seamă la cei cu dislalii audiogene, cu disglosii şi la cei care au anomalii ale buzelor: despicături de buze (inferioară sau superioară), pareze, rigiditate a buzelor, proeminenţe pe anumite porţiuni. La deficienţii de intelect, sunt necesare exerciţii cu atât mai mult cu cât se ştie că accentuarea debilităţii mintale determină o serie de anomalii, caracterizate prin îngroşarea exagerată a buzelor şi, în primul rând, a buzei inferioare, rigiditatea lor şi lipsa de sincronizare a mişcărilor. Aici, ca şi în cazul celorlalte exerciţii, inventivitatea logopedului este foarte importantă, pentru a adopta şi pune în valoare noi procedee.

2. Educarea respiraţiei şi a echilibrului dintre inspir şi expir are un rol important nu numai în asigurarea unor funcţii biologice, dar şi în pronunţie. În timpul expirului, suflul face să vibreze coardele vocale implicate în producerea sunetelor. Presiunea expirului şi a inspirului se modifică în funcţie de fiecare sunet, devenind când mai puternică, când mai puţin puternică, prin alternanţă, dar păstrând un echilibru ritmic. Astfel, pentru pronunţarea consoanelor surde, este nevoie de o presiune expiratorie mai accentuată decât la pronunţia consoanelor sonore. Nici musculatura necesară actului

respiraţiei nu este suficient de dezvoltată la copiii cu o vorbire deficitară, sau la cei cu retard verbal, din cauza lipsei de exersare naturală.

Se ştie că în funcţie de sex, se disting două tipuri de respiraţie, şi anume: la bărbaţi, o respiraţie costo-abdominală, în care rolul hotărâtor, pentru realizarea expirului, îl joacă muşchii abdominali şi costali inferiori, iar la femei, predomină respiraţia de tip toracic, manifestată prin contracţia şi relaxarea preponderentă a cutiei toracice.

La copii, pe lângă faptul că respiraţia nu se desfăşoară, în suficientă măsură, ritmic, nu există nici o diferenţiere netă între cele două tipuri de respiraţie caracteristice sexului respectiv. Astfel, în timpul vorbirii, aceste disritmii respiratorii se accentuează şi mai mult, iar în tulburările limbajului vorbit, ele devin foarte evidente. După o discuţie mai lungă sau în stările de oboseală, atât la copii, cât şi la adulţi, expiraţia şi inspiraţia devin tot mai neregulate şi mai scurte, ceea ce duce la pauze nepotrivite în vorbire şi, ca atare, creează un aspect al vorbirii dezagreabil. Unii logopaţi încearcă să vorbească şi în timpul inspirului, nu numai al expirului (cum este normal). În felul acesta, pronunţarea devine defectuoasă, prin deformarea sunetelor, omisiunea sau înlocuirea lor în cuvânt, şi mai ales prin apariţia unor tulburări ale ritmului şi fluenţei vorbirii. Vorbirea se deformează şi în cazurile în care nu există o forţă corespunzătoare a expirului sau când au loc o serie de „ticuri", care se manifestă prin înălţarea umerilor în timpul vorbirii, ceea ce împiedică participarea diafragmei la expulzarea aerului necesar.

Exerciţiile de respiraţie se desfăşoară în funcţie de vârsta subiectului: la copiii mici, ele se pot desfăşura sub forma jocului în aer liber, iar la copiii mai mari, se pot utiliza materiale didactice vizuale, spirometrul, dar se poate exersa expir-inspirul şi pe baza apelării la înţelegere. Atât la adulţi, cât şi la copii, exerciţiile de respiraţie se pot face fără a fi însoţite de vorbire sau concomitent cu ea. De asemenea, ele pot fi făcute individual sau în grup, şi este de remarcat că se instalează mai uşor sincronizarea dintre expir şi inspir, dacă aceste exerciţii sunt făcute în timpul mersului, pentru că el conţine deja componenta automatizată, ritmică.

3. Educarea auzului fonematic, adică a capacităţii de a identifica, discrimina şi diferenţia sunetele limbii, contribuie la realizarea unei pronunţări corecte şi, în final, al vorbirii normale. Prin activitatea de dezvoltare a auzului fonematic, se stabileşte un sistem relaţional între modalitatea senzorială de percepere a sunetelor şi crearea unor imagini ideale la niveluri superioare. Atunci când avem de-a face cu unele deficienţe la nivelul sistemului periferic, activitatea logopedică trebuie să urmărească înlăturarea lor sau, dacă acest lucru este posibil, să contribuie la dezvoltarea unor noi funcţii compensatorii. Acelaşi lucru se poate face pe un plan mai general de suplinire a funcţiilor deficitare, datorită supleţii sistemului nervos uman şi a capacităţilor de adaptare a organismului.

Tulburările auzului fonematic se pot manifesta de la incapacitatea diferenţierii tuturor sunetelor sau numai a unora şi până la imposibilitatea perceperii chiar a silabelor şi cuvintelor, ca unităţi specifice limbajului. Datorită legăturii strânse dintre auzul fonematic şi mişcările articulatorii, deficienţele de la nivelul unui element se fac simţite şi la cel ce-al doilea. Astfel, slaba dezvoltare a mişcărilor articulatorii sau neexersarea lor influenţează auzul fonematic, aşa cum, la rândul lor, tulburările respective determină confuzii la nivelul emisiei sau o slabă antrenare a elementelor coparticipante la actul pronunţiei.

În realizarea pronunţiei corecte, subiectul trebuie să efectueze, pe de o parte, o comparaţie între propria pronunţie recepţionată de la persoanele din jurul său, iar pe de altă parte, trebuie să realizeze un autocontrol, pe baza auzului, asupra emisiilor vocale. Deficienţele auzului fonematic fac imposibil autocontrolul auditiv, şi, în cazul acesta, logopatul face eforturi de îndreptare a vorbirii, pe baza motrico-kinestezică a aparatului de emisie. Dacă la început subiecţii nu-şi dau seama de pronunţia lor defectuoasă, pe măsură ce se efectuează exerciţii pentru dezvoltarea auzului fonematic, ei devin conştienţi de tulburarea respectivă şi fac eforturi pentru înlăturarea acesteia. Prin urmare, în corectarea tulburărilor de vorbire, este necesar să se acorde o atenţie mai mare dezvoltării auzului fonematic, deoarece, aşa cum rezultă, acesta constituie o condiţie esenţială în emiterea corectă.

Trebuie arătat de la început că dezvoltarea auzului fonematic nu coincide cu dezvoltarea atenţiei, cum cred unii autori. Poate exista o atenţie instabilă, ca la debilii mintal, dar nu în toate cazurile se manifestă şi deficienţe ale auzului fonematic, aşa cum se întâmplă la copiii normali, care prezintă tulburări ale auzului fonematic, deşi au o bună atenţie, dar rămâne deficitară discriminarea sunetelor şi a cuvintelor.

4. Educarea personalităţii, înlăturarea negativismului faţă de vorbire şi a tulburărilor comportamentale sunt necesare la copiii de vârstă şcolară dar, mai cu seamă, la cei care se află în perioadele pubertăţii şi adolescenţei. Acest proces trebuie să înceapă, însă, odată cu corectarea tulburării de limbaj, indiferent de vârsta logopatului. Dacă în perioada preşcolară, tulburările personalităţii sunt întâlnite la puţini copii, la şcolari, fenomenul dereglării verbale se conştientizează, devine apăsător şi poate determina, la unii copii, devieri comportamentale, atitudini negativiste, o slabă integrare în colectiv, dezinteres pentru învăţătură, lipsa iniţiativelor, reţinere sau obrăznicie, nervozitate etc.

Pentru a preveni şi înlătura astfel de situaţii, educarea personalităţii şi comportamentului trebuie să urmărească:

a) redarea încrederii în propriile posibilităţi ale subiectului;
b) crearea convingerii că tulburarea de limbaj nu presupune un deficit intelectual;
c) crearea convingerii că dificultatea de limbaj este o tulburare pasageră, care poate fi corectată ;
d) crearea încrederii în logoped şi a unui confort psihic în cadrul activităţilor.

Rezultatele, cu impact eficient, în educarea personalităţii, le are psihoterapia. Caracteristicile folosirii psihoterapiei în orice tulburare de limbaj sunt, în linii mari, asemănătoare cu cele aplicate la logonevrotici, descrise de noi într-un studiu anterior (Verza E., 1972). La cele mai importante particularităţi ale psihoterapiei, în educarea personalităţii logopatului, ne vom referi în continuare. Pentru aplicarea psihoterapiei, trebuie să se aibă în vedere, pe de o parte, etiologia şi simptomatologia tulburării, iar pe de altă parte, vârsta subiectului, particularităţile personalităţii lui, nivelul său de cultură şi de dezvoltare psihică.

Psihoterapia are scopul de a înlătura stările psihice conflictuale. Ea vizează atât simptomele tulburării, cât şi educarea întregii personalităţi. Prin psihoterapie se urmăreşte înlăturarea fricii patologice de a vorbi şi a sentimentului de inferioritate. Subiectul trebuie convins că poate vorbi bine şi că sensibilitatea sa exagerată este nejustificată. Aşadar, psihoterapia are la bază o serie de metode şi tehnici psihopedagogice care se folosesc în

vederea restabilirii echilibrului psiho-fizic al subiectului, încercând să şteargă din mintea acestuia cauzele care au declanşat tulburarea, să înlăture şi să prevină unele simptome, creând, în felul acesta, condiţii favorabile pentru acţiunea altor procedee logopedice în cadrul unui tratament complex.

Psihoterapia poate fi aplicată individual, mai ales pentru început, dar ea poate fi aplicată şi în grup. Psihoterapia în grup este impusă de necesităţi practice, pe de o parte, pentru a beneficia de ea un număr cât mai mare de indivizi, iar pe de altă parte, pentru că vorbirea se desfăşoară în relaţiile cu alţi oameni, stimulându-se, astfel, interesul pentru comunicarea verbală. În grup, subiectul se detensionează mai uşor şi este antrenat în comunicare de către ceilalţi membri ai grupului ce sunt percepuţi ca parteneri egali. Psihoterapia trebuie să se desfăşoare sub forma unor şedinţe sistematice, care să urmeze un plan bine stabilit, de la evocarea unor situaţii simple până la cele complexe, de la o tatonare plină de grijă a conflictelor şi simptomelor pe care le manifestă subiectul, până la abordarea lor directă şi intensă. La constituirea grupului este foarte important să se ţină seama de vârsta subiecţilor, de nivelul lor cultural, de gradul de inteligenţă, de tipul de tulburare şi de cauzele care au declanşat-o.

Forma sub care se poate utiliza psihoterapia este aceea a unor discuţii, a prezentării unor filme, conţinând imagini liniştitoare şi semnificative, însoţite de discuţii, a ascultării muzicii cu caracter relaxant, a urmăririi, cu ajutorul vorbirii înregistrate, a progreselor realizate în vorbire de către subiect şi interpretarea lor, a utilizării sugestiei şi hipnozei, a jocurilor (la vârste mici). R. Schilling foloseşte „jocul curativ logopedic", în cadrul căruia copiii se substituie poeţilor, regizorilor şi actorilor. La început, aceste jocuri sunt fără voce, rezumându-se doar la mişcări, pentru ca treptat, să se ajungă la sunete şi zgomote (imitarea unor animale, însoţite de mişcările corespunzătoare: zgomotul unei maşini cu motorul pornit, a vântului etc.), la cântece şi la vorbire. Jocurile de mişcare ajută la folosirea gesturilor expresive în timpul vorbirii, folosind apelative şi indicative. În ultimul timp, în psihologia adulţilor se folosesc, cu succes, jocul, desenul, dramatizarea etc. Jocul poate fi utilizat ca tehnică a psihoterapiei, deoarece el are şi funcţii distractive ce „permit stabilirea unor dispoziţii pozitive, care facilitează proiecţia şi deconectarea faţă de activităţi sau efecte ale situaţiilor stresante. Funcţia de deconectare, le rândul ei, este şi o manifestare a funcţiei catartice, funcţie de curăţire, de eliberare de acele elemente tensionale care se află în centrul motivaţiei stresante" (**U. Şchiopu**, 1970, pag. 245).

În genere, psihoterapia bazată pe „loisir" permite depistarea şi pătrunderea în relaţiile complexe ce definesc personalitatea în înţelegerea influenţelor exogrup şi endogrup, cu scopul de a restabili condiţiile fireşti ale dezvoltării personalităţii şi integrării sale în colectiv. Principala formă sub care se desfăşoară psihoterapia, începând cu adolescenţa şi chiar cu pubertatea, rămâne discuţia pe o temă liberă sau abordarea unui subiect stabilit de psihoterapeut. Este preferabil ca tema în discuţie să vină din partea subiectului sau a grupului, iar psihoterapeutul să o direcţioneze, să o controleze cu mult tact spre scopul propus.

În psihoterapia individuală sau de grup, psihoterapeutul trebuie să aibă acele calităţi care să-l facă agreabil şi acceptat, pe de o parte, iar pe de altă parte, să aibă posibilitatea de a pătrunde în mod discret în frământările subiectului. Problemele abordate în discuţie vizează înlăturarea unor blocaje afective, redarea încrederii în posibilităţile

proprii, îndepărtarea fobiei şi a inerţiei în vorbire, crearea condiţiilor optime în stimularea dorinţei de a vorbi, îndemnarea la o vorbire calmă, clară şi coerentă.

Unele îndemnuri de tip psihoterapeutic nu trebuie limitate numai la cel ce suferă de o tulburare de limbaj, ele urmând a se extinde şi asupra persoanelor cu care subiectul vine în contact: părinţi, fraţi, surori, rude. Acestora li se vor conştientiza ideea de a adopta o atitudine corespunzătoare faţă de vorbirea şi comportarea subiectului, să manifeste înţelegere şi receptivitate, să contribuie la crearea unei atmosfere plăcute şi liniştitoare, să acorde încredere şi răbdare. Astfel, activitatea psihoterapeutică se extinde pe un alt plan, în cadrul familiei, ceea ce exercită o influenţă favorabilă asupra subiectului şi, prin aceasta, asupra rezultatelor finale ale psihoterapiei.

Prin urmare, din perspectivă logopedică, psihoterapia îndeplineşte două condiţii: pe de-o parte creează un teren favorabil pentru starea psihică a subiectului şi îl montează pe direcţia adoptării unei vorbiri corecte, iar, pe de altă parte, detensionarea şi dorinţa de comunicare determină o creştere a receptivităţii pentru activităţile corectiv-logopedice şi a conştientizării necesităţii de efort în dezvoltarea capacităţilor verbale.

3. Metode şi procedee specific logopedice

Aşa cum am văzut, această categorie de metode şi procedee este diferită de la o grupă de tulburări la alta, ceea ce ne face ca, în acest subcapitol, să facem referiri numai la unele aspecte de principiu, pentru că ele nu pot fi analizate decât pe fiecare tulburare în parte şi raportate la simptomatologia şi specificul tulburării respective. Totuşi, trebuie să relevăm că în tulburările de limbaj asociate, sunt unele elemente comune în ce priveşte terapia logopedică, în sensul că rezultatele pozitive obţinute în corectarea unei tulburări se răsfrâng, benefic, şi asupra celeilalte, contribuind la scurtarea timpului de intervenţie prin mijloacele sale specifice.

În tulburările de limbaj asociate, de obicei, se respectă principiul terapiei de la simplu la complex, aceasta însemnând că se vor corecta mai întâi cele mai puţin dificile şi cu o simptomatologie mai restrânsă şi, treptat, cele cu un grad ridicat de complexitate. Dar, când subiectul logopat are o bună dezvoltare psihică şi o vârstă care îi permite să se raporteze corect la tulburările respective şi înţelege etapele demersului educaţional-recuperativ, se poate trece peste unele secvenţe sau chiar se adoptă principiul invers, de la complex la simplu, când revenirile la elementele neesenţiale vor fi sporadice şi numai acolo unde este necesar sau vor fi impuse de cazul dat. Aici, logopedul trebuie să aibă disponibilitatea de a se adapta la subiect şi la tipul de tulburări pe care acesta le are.

În acest context, nu pot fi neglijate situaţiile când tulburările de limbaj şi comunicare apar pe fondul unor deficienţe mintale sau senzoriale. Astfel, la deficienţii de auz, tulburările de limbaj sunt mai grave şi au o simptomatologie mai extinsă, în raport de gradul afectării auzului. Spre exemplu, la hipoacuzici, deşi tulburările de vorbire sunt mai frecvente decât la normali, apar, totuşi, mai multe dificultăţi în pronunţia sunetelor, în diferenţierea acestora şi în emiterea corectă a cuvintelor, ca şi în formularea propoziţională corectă.

Şi la debilii mintal, pronunţarea se caracterizează prin neclaritate şi monotonie. Cuvintele simple se pronunţă mai uşor, dar se manifestă o dislalie a silabelor, în special în cuvintele complexe. Ca atare, în corectarea dislaliei, automatizarea sunetelor în cuvinte se

realizează cu dificultate şi din cauza vocabularului sărac, a neformării structurii silabelor, a nedezvoltării auzului fonematic şi a inerţiei vorbirii. Structura vorbirii copiilor depinde de o serie de factori de ordin psihologic, astfel că „alegerea multor mijloace gramaticale de exprimare reflectă particularităţile gândirii copilului, orientată, mai ales, către concret, către situaţiile determinate afectiv” (**Cazacu Slama T.**, 1957, pag. 401).

Spre deosebire de normal, la debilul mintal tulburările de limbaj, în ansamblu, capătă forme mai rebele şi mai labile, ceea ce duce, în procesul de corectare, la recăderi mai frecvente. Datorită acestei labilităţi mari, fixarea formei corecte se realizează cu mai mult efort, iar activitatea de educare trebuie urmărită nu numai în activităţile logopedice, ci în tot procesul instructiv-educativ.

La deficienţii de vedere, în corectarea tulburărilor de vorbire, un accent deosebit trebuie să se pună pe imitarea auditivă corectă a emiterii verbale. Suplinirea vederii se poate realiza şi prin exerciţii de derivare a unor sunete pronunţate incorect din acele sunete care sunt emise fără dificultate şi prin perceperea tactil-kinestezică a mişcărilor pe care le execută aparatul fono-articulator în timpul pronunţării corecte.

În general, toate metodele şi procedeele specific logopedice pot fi aplicate la oricare categorie de subiecţi cu tulburări de limbaj, cu condiţia să se accentueze acea latură care le este mai accesibilă şi să se ţină seama de vârstă, de deficienţele asociate, de nivelul dezvoltării intelectuale, de personalitatea subiectului.

Organizarea activităţii logopedice priveşte, în egală măsură, amenajarea spaţiului în care se desfăşoară activitatea, inclusiv dotarea cabinetului cu mobilier şi materialul didactic necesar, ca şi selectarea unor probe pentru diagnoza tulburărilor de limbaj, a metodelor şi procedeelor educaţional-corective şi a unui material informativ din domeniul logopediei şi din domenii tangente cu preocupările respective care sunt necesare pentru stimularea şi implementarea activităţilor practice de dezvoltare a vorbirii corecte.

Precizăm existenţa unui anumit specific al activităţii logopedice desfăşurate în cadrul centrelor interşcolare, deosebit de cel din cabinetele logopedice de pe lângă policlinici, spitale sau de pe lângă şcolile speciale. În principiu, activitatea centrelor logopedice interşcolare se desfăşoară cu subiecţi logopaţi normali, din punct de vedere psihic şi senzorial, în timp ce celelalte cabinete sunt frecventate de subiecţi cu tulburări de limbaj, apărute pe fondul unor deficienţe psihice, organice-funcţionale, senzoriale şi intelectuale. Aceasta presupune să ne raportăm la aceste particularităţi, cât şi la caracteristicile de vârstă, la nivelul instrucţiei şi culturii logopaţilor, ce sunt diferite de la o situaţie la alta. Toate aceste caracteristici determină specificul intervenţiei logopedice. La ele se adaugă tipul tulburării de limbaj şi modul cum acesta influenţează personalitatea şi conduita subiectului.

După cum am mai precizat, activitatea educaţional-corectivă a tulburărilor de limbaj şi comunicare se poate desfăşura individual sau în grup. Dar, la constituirea grupului, trebuie să avem în vedere câteva elemente esenţiale, cum ar fi:

- subiecţii să aibă aproximativ aceeaşi vârstă cronologică;
- să posede acelaşi nivel de dezvoltare psihică şi intelectuală;
- să aibă acelaşi tip de tulburare;
- să aibă atitudini similare faţă de dificultăţile de limbaj şi comunicare;
- să aibă o etiologie asemănătoare pentru tulburările respective.

6. TERAPII OCUPAȚIONALE

Delimitări conceptuale

Pe plan european, se constată încă, o serie de ambiguități în definirea domeniilor terapiei ocupaționale și ergoterapiei, în sensul că, în mai multe țări se utilizează, fie un concept, fie altul cu accepțiuni similare.

Acest lucru apare evident dacă studiem site-ul specializat al Asociației Europene a Terapeuților Ocupaționali, care se referă la denumirea profesiei în țările de pe bătrânul continent.

Spre exemplu, Italia, Irlanda, Marea Britanie, Spania, Portugalia și Malta au optat pentru denumirea profesiei sub titulatura de *terapeut ocupațional*.

La acestea, pe plan mondial, se adaugă SUA, în care s-a manifestat opțiunea clară pentru denumirea acestei științe, încă de la apariția ei pe continentul american sub titulatura de terapie ocupațională.

Alte țări, dintre care enumerăm Austria, Belgia, Franța, Germania, Grecia, Norvegia, Suedia, Elveția și Luxemburg au ales pentru aceeași profesie titlul de *ergoterapeut*.

În România se utilizează ambele concepte, remarcându-se tendința ca ergoterapia să fie tratată ca o ramură distinctă, subsumată domeniului mai amplu al terapiilor ocupaționale.

Ergoterapia, în literatura de specialitate românească, a fost teoretizată mai ales în cadrul procesului de recuperare, desfășurat de către medici în instituții cu profil psihiatric sau geriatric (**Popescu Alexandru**, 1993).

Spre deosebire de aceasta, domeniul Terapiei Ocupaționale a fost tratat într-o serie de lucrări destinate recuperării copiilor cu deficiențe (**Verza, E.**, 1987, **Păunescu, C.**, 1999, **Mușu, I., Taflan, A.**, 1999, **Dan, M.**, 2005, **Popovici, D. V. și Matei, R. S.**, 2005). În majoritatea acestor lucrări, direcțiile de acțiune din domeniul terapiei ocupaționale au fost incluse în cadrul procesului de terapie educațională integrată, destinat copiilor cu deficiențe.

Activitățile de muncă constituie elementele care organizează întregul comportament uman și răspund nevoii constante a omului pentru activitate.

Rezultă faptul că, ergoterapia este echivalentă cu terapia prin muncă și cuprinde formarea și educarea gesturilor de bază ale mișcării, precizie, forță, coordonare, viteză de excuție și care contribuie, pe ansamblu, la dezvoltarea abilităților motrice generale.

Considerăm, însă, că ergoterapia nu poate fi sinonimă cu domeniul extins al terapiei ocupaționale, ci reprezintă o ramură distinctă de acțiune a acestuia.

În acest sens, în sprijinul afirmației noastre, menționăm concepția terapeuților ocupaționali americani, din rândul cărora fac parte și fondatorii acestei științe, care s-au grupat, încă din 1923, în Asociația Americană de Terapie Ocupațională.

În timpul celui de-al doilea război mondial, s-a demonstrat utilitatea desfășurării unor ocupații pentru recuperarea bolnavilor sau răniților, care nu reprezintă altceva decât activități voluntare dirijate în scop terapeutic, destinate recuperării persoanelor aflate în dificultate.

Dintre numeroasele definiţii date Terapiei ocupaţionale, de către specialiştii americani, o redăm pe cea elaborată de Consiliul Standardelor, care reglementează acest domeniu conform căreia „terapia ocupaţională este arta şi ştiinţa de a dirija participarea omului spre îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a restabili, susţine şi spori performanţa, de a uşura învăţarea acelor abilităţi şi funcţii esenţiale pentru adaptare şi productivitate, de a diminua şi corecta aspectele patologice şi de a promova starea de sănătate mintală" (*apud* **Popovici, D. V., Matei, S. R.,** 2005, pag. 12).

Din conţinutul acestei definiţii se desprinde, cu claritate, faptul că terapia ocupaţională se bazează pe desfăşurarea de activităţi voluntare cu potenţial terapeutic, care asigură dezvoltarea pe ansamblu a personalităţii umane, determinând, în final, creşterea capacităţii de adaptare la cerinţele mediului de viaţă a individului.

Domeniile sau ramurile fundamentale de acţiune, în cadrul terapiei ocupaţionale, sunt următoarele:

- dezvoltarea deprinderilor de viaţă cotidiană;
- dezvoltarea capacităţilor de muncă;
- cultivarea unor abilităţi implicate în activităţi ludice şi petrecerea timpului liber;
- cultivarea unor deprinderi şi capacităţi din domeniul artistic şi educarea simţului estetic.

Dezvoltarea acestor deprinderi şi capacităţi se realizează prin intermediul unor programe de intervenţie, selecţionate din cadrul multiplelor activităţi posibile aferente fiecărui domeniu sau ramuri fundamentale care compun terapia ocupaţională.

În esenţă, terapeutul ocupaţional este preocupat de două aspecte esenţiale, care contribuie la recuperarea persoanei cu handicap:

1. învăţarea de către subiect a unor deprinderi pierdute sau cu un nivel scăzut de funcţionare, din cauza instalării handicapului;
2. dezvoltarea unor noi deprinderi şi capacităţi, la persoana deficientă, care să le compenseze pe cele inexistente sau complet dispărute, din diverse cauze.

Din cele de mai sus, rezultă faptul că activitatea terapeutului ocupaţional este mult mai diversă şi complexă, în comparaţie cu cea a unui ergoterapeut, care se limitează, în principal, la activităţile practice implicate în procesul de muncă.

În prezent, categoria de subiecţi deserviţi de terapeuţi ocupaţionali s-a diversificat, ei ocupându-se nu numai de persoanele cu deficienţe fizice sau boli psihice, ca în trecut, dar şi de persoanele cu deficienţe intelectuale şi senzoriale, dificultăţi de învăţare, tulburări emoţionale şi maladii somatice, la toate vârstele.

Terapiile ocupaţionale cele mai indicate pentru persoanele deficiente sunt ludoterapia, muzicoterapia, terapia prin dans şi ergoterapia. (**Verza, E.,** 1987, *apud* **Popovici, D. V., Matei, S. R.,** 2005, pag. 14).

În cadrul terapiei ocupaţionale, accentul se pune pe caracteristicile individului în relaţie cu societatea şi cu lumea în care trăieşte. (Vezi fig. 1)

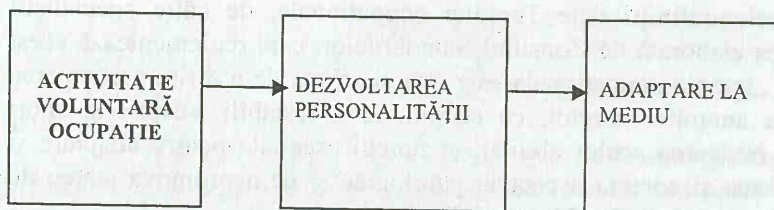


Fig. 1.

Cunoştinţele pe care le acumulează această disciplină se bazează pe informaţiiloe dobândite din domeniul *anatomiei, fiziologiei, pedagogiei, psihologiei, sociologiei, antropologiei şi în, general, pe cunoştinţele provenite de la majoritatea ştiinţelor care studiază comportamentul omului.* Rezultă, deci, că terapia ocupaţională, deoarece realizează o sinteză informaţională între cunoştinţele provenite din diverse ştiinţe particulare, se constituie ca o ştiinţă interdisciplinară.

Dezvoltarea şi modificarea cunoştinţelor provenite de la aceste ştiinţe determină, în final, dezvoltarea terapiei ocupaţionale ca ştiinţă mereu deschisă spre înnoire şi cu o bază teoretică aflată într-o permanentă schimbare.

Unii autori contemporani încearcă să clarifice mai analitic domeniile de acţiune ale terapiei ocupaţionale, contribuind, în acest fel, la eliminarea unor confuzii şi neclarităţi, care persistă într-o ştiinţă aflată în proces de formare, oferind în acelaşi timp un ghid de acţiune pentru specialişti.

Din rândul acestora se remarcă *Peggy L. Denton* (1987)(*apud* **Popovici, D. V., Matei, S. R.**, 2005, pag. 13), care propune într-o lucrare consacrată o clasificare detaliată asupra principalelor arii de acţiune în terapia ocupaţională.

În opinia autoarei, acţiunea terapeuţilor ocupaţionali asupra subiecţilor se exercită pe următoarele direcţii de bază:

1. *stimularea responsabilităţii în diferite situaţii de viaţă;*
2. *formarea deprinderilor de autoîngrijire şi igienă personală;*
3. *cultivarea deprinderilor de muncă;*
4. *organizarea de jocuri şi distracţii;*
5. *formarea imaginii de sine şi stimularea încrederii în propria persoană;*
6. *cultivarea autocontrolului şi expresivităţii personale;*
7. *educarea capacităţilor cognitive;*
8. *educarea capacităţii de reacţie la diverse situaţii de viaţă;*
9. *antrenarea integrării senzoriale;*
10. *sprijinirea relaţiilor interpersonale;*
11. *educarea capacităţii de acţiune, în funcţie de constrângerile şi resursele de mediu.*

Pentru atingerea unui nivel funcţional, optim din punct de vedere al adaptarii la mediu, este necesară educarea subiecţilor în direcţia obţinerii unor rezultate performante specifice. Structura performanţelor indivizilor respectivi se împarte, la rândul ei, într-o serie de componente, şi anume:

a) senzorio-motorii;
b) cognitive;
c) psihosociale.

Deficienţele determinate de diverse boli, handicapuri sau întârzierile în dezvoltare necesită intervenţia prin metodele terapiei ocupaţionale, în vederea restabilirii nivelului lor maxim de funcţionare. Structura de intervenţie poate fi schematizată astfel:



Fig. 2.

Întregul ansamblu al domeniilor subsumate terapiei ocupaţionale, care includ, la rândul lor, metode şi procedee specifice, contribuie, în final, la realizarea unor obiective comune, care se referă la recuperarea, adaptarea şi integrarea socială şi profesională a bolnavilor şi persoanelor deficiente.

Importanţa domeniilor terapiei ocupaţionale poate fi diferită într-un moment sau altul al procesului recuperator, în funcţie de obiectivele terapeutului şi de caracteristicile subiectului.

În ţările dezvoltate există puţine persoane care au avut probleme de natură fizică, psihică sau emoţională şi care n-au beneficiat, în cadrul tratamentului, de măsuri din domeniul terapiei ocupaţionale. Treptat, aceste probleme capătă tratarea adecvată şi în ţara noastră.

Cadrul instituţional în care se desfăşoară activităţile de terapie ocupaţională este de o deosebită diversitate, el cuprinzând spitale, clinici, centre de zi, ONG-uri, şcoli, ateliere, precum şi alte aşezăminte comunitare.

Terapia ocupaţională este o specializare care se obţine, în multe ţări dezvoltate ale lumii, în urma absolvirii unui colegiu cu durata de trei ani, într-o serie de ţări vestice înfiinţându-se în ultima vreme şi studii masterale în acest domeniu.

Ţinând seama de cele arătate anterior, putem spune mai sintetic că, *„terapia ocupaţională organizează servicii pentru acei indivizi ale căror capacităţi de a face faţă sarcinilor zilnice sunt ameninţate de tulburări de dezvoltare, infirmităţi fizice, boli sau dificultăţi de natură psihologică sau socială"* (Council on Standards – 1972) Willard şi Spackman (1983) (Popovici D.V., Matei R.S., 2005, pag. 16).

În concluzie, evoluţia conceptelor legate de terapia ocupaţională a suferit schimbări importante pe parcursul dezvoltării istorice a societăţii. În ciuda modificărilor intervenite, putem deosebi totuşi, patru elemente comune care şi-au păstrat actualitatea permanentă, implicit sau explicit în majoritatea teoriilor de care ne ocupăm.

Acestea sunt, după **Willard** şi **Spackman** (1983):

1. utilizarea ocupaţiei sau a activităţii voluntare poate influenţa starea de sănătate a individului;
2. indivizii posedă capacitatea lor de adaptare şi funcţionare normală şi trebuie priviţi în relaţie cu mediul în care trăiesc, iar acţiunea terapeutică ce li se adresează trebuie să ia în considerare factorii sociali, psihologici şi fizici;

3. relaţiile interpersonale reprezintă un factor important al procesului de terapie ocupaţională;
4. activitatea de terapie ocupaţională constituie un sprijin pentru alte tipuri de acţiuni recuperatorii şi trebuie desfăşurată în cooperare cu alte categorii de specialişti, în echipe interdisciplinare, pentru a se putea asigura efectul maxim al unui program complex de terapie.

Punând accentul pe îmbunătăţirea calitativă a existenţei persoanei, încă din cele mai vechi timpuri, terapia ocupaţională a rămas, până în prezent, o „ştiinţă" şi o „artă" fundamental implicată în recuperarea şi adaptarea persoanelor, aflate în dificultate, la societatea în care trăiesc.

Rolul activităţilor în dezvoltarea umană

Semnificaţia conceptului de ocupaţie este aceea de activitate practică voluntară, fundamentală pentru fiinţa umană.

Dezvoltarea istorică a culturii şi civilizaţiei umane a cunoscut o diversitate de activităţi ocupaţionale. Mai simplu spus, fiecare epocă a avut propriile forme de ocupaţii predominante, care s-au modificat odată cu trecerea într-o nouă perioadă istorică.

Putem afirma că, ocupaţiile, ca activităţi umane fundamentale, sunt importante pentru om prin faptul că îi ocupă majoritatea timpului său de viaţă. Ele au drept obiectiv general explorarea mediului existenţial, răspunzând, în acest fel, unei nevoi fundamentale a omului.

„Ocupaţia reprezintă, deci, activitatea dominantă a fiinţei umane, ce include comportamente serioase şi productive, dar şi comportamente ludice, creatoare sau festive. Este rezultatul proceselor evolutive culminând cu trebuinţa biologică şi socială pentru activitatea ludică şi productivă." (Willard şi Spackman (1983) (Popovici, D. V., Matei, R. S., 2005, pag. 23).

În cadrul terapiei ocupaţionale s-a încercat definirea şi clasificarea formelor de ocupaţii majore ale fiinţei umane. Majoritatea specialiştilor, atât din domeniul medical, cât şi din cel educaţional, consideră că principalele forme de ocupaţii ale fiinţei umane sunt munca, jocul şi activităţile de viaţă cotidiană.

1. Activităţile de muncă trebuie să includă, în general, toate formele de activităţi productive, indiferent dacă sunt recompensate sau nu. Activităţile productive sunt cele care oferă bunuri sau servicii, cunoştinţe sau idei, contribuind, în final, la progresul societăţii. Ele determină dezvoltarea personalităţii în ansamblul său. Activităţile de muncă, prin specificul lor, contribuie la structurarea statutului şi rolului persoanei, recunoscut din punct de vedere social. Acest fapt determină instaurarea unui echilibru psihic care duce la creşterea încrederii în sine şi contribuie, în final, la instaurarea unei autoestimări pozitive, cu efecte benefice asupra persoanei, deoarece determină instaurarea unei imagini de sine pozitive.

Munca, cu ajutorul uneltelor, ajută la dezvoltarea membrelor superioare şi contribuie la progresul capacităţilor de coordonare individuale, ducând la luarea în stăpânire a mediului şi dezvoltă procesele senzoriale şi cognitive.

Efectele pozitive ale activităţilor de muncă sunt vizibile, mai ales la persoanele deficiente. Recuperarea deficienţelor acestora este necesar să cuprindă activităţi de muncă

şi profesionalizare, încă din fragedă copilărie, de pe băncile şcolii, iar mai târziu, în cazul imposibilităţii integrării într-o profesiune, este necesar ca acestea să fie menţinute în cadrul unor activităţi de ergoterapie.

În general, fără activităţi de natură ocupaţională, personalitatea umană regresează, fapt care poate afecta, în final, însăşi dezvoltarea speciei umane.

În prezent, în cadrul exploziei informaţionale din domeniul stiinţei şi tehnicii, asistăm la apariţia unor noi profesii, care solicită, la rândul lor, forme de ocupaţie variate. Cerinţele faţă de muncă s-au schimbat şi dezvoltat. Acestea, la rândul lor, reclamă instaurarea unor noi solicitări faţă de desfăşurarea activităţilor de muncă, iar această situaţie provoacă schimbări în capacităţile indivizilor, implicate în adaptarea la un mediu de existenţă din ce în ce mai sofisticat. În rezumat, specialiştii consideră că, în perioada actuală, asistăm la însuşirea de noi tipuri de ocupaţii care conduc la dezvoltarea unor personalităţi complexe, cu nivel din ce în ce mai ridicat de dezvoltare a deprinderilor, aptitudinilor şi capacităţilor implicate în adaptarea socială.

2. Utilizarea jocului, ca activitate organizată de terapie ocupaţională, a fost subliniată de cercetările a numeroşi specialişti psihologi, pedagogi şi terapeuţi ocupaţionali.

Rolul important pe care îl deţine jocul pentru dezvoltarea senzorială, motrică, cognitivă şi socială a copilului este pus în evidenţă de lucrările unor psihologi de renume, cum ar fi, de exemplu, Piaget, Chateau, Wallon, ş.a.

Introducerea jocului, ca metodă, este cu atât mai importantă cu cât copiii cu deficienţe, în special cei institutionalizaţi, au mai puţine posibilităţi de a se juca. " Jocul solitar îşi aduce doar o mică contribuţie la dezvoltarea acestor copii, şi doar prin jocul în grup ei pot obţine stimularea necesară pentru o dezvoltare optimă." S. Ionescu (1997) (*apud* **Popovici, D. V., Matei, R. S.**, 2005, pag. 24).

Jocul, ca activitate, este constituit dintr-o gamă diversă de acţiuni şi comportamente ludice specifice, care se desfăşoară de la vârsta copilăriei până la bătrâneţe.

La vârsta copilăriei, comportamentele ludice au un caracter manipulativ, explorator şi creativ. În adolescenţă, acestea se transformă în sporturi, competiţii, ritualuri şi hobby-uri. La maturitate, cresc în importanţă comportamentele specifice jocurilor de societate. La bătrâneţe acestea se transformă în principala modalitate de comportament ocupaţional al existenţei (practicarea jocurilor de societate: cărţi, table, remy etc.)

Practic, putem spune că jocurile reprezintă principala activitate a copilului şi revin în actualitate, în formă schimbată în perioadele de regresie ale vieţii.

Prin funcţiile lor, activităţile ludice deţin un rol esenţial în socializarea persoanei, în vedera integrării ei optime în societate.

3. Activităţile cotidiene cuprind o gamă largă de acţiuni necesare asigurării adaptării persoanei la mediul său de viaţă. Acestea pot include formarea de comportamente implicate în autoîngrijirea locuinţei, igiena personală, precum şi folosirea serviciilor din comunitate.

Prin toate activităţile de acest gen se asigură, în fond, realizarea sarcinilor curente ale existenţei, absolut indispensabile, supravieţuirii individului.

Putem să ne reprezentăm comportamentele ocupaţionale ca funcţionând de-a lungul unei linii continue, care ne ajută să le diferenţiem între ele.

Pe această axă, comportamentele ocupaţionale se desfăşoară în cupluri antagonice: *serios- frivol, public-particular, productiv-nefolositor, formal-informal.* La unul din capete se află comportamentele ludice care sunt percepute frecvent ca fiind frivole aparent, nefolositoare, particulare şi informale. La celălalt capăt, se află comportamentele serioase, folositoare, publice şi formale, reprezentate de muncă. Sarcinile traiului zilnic ale unei persoane, se află situate între cele două extremităţi.

Ocupaţia, din punct de vedere al domeniului terapiei ocupaţionale, poate fi analizată prin prisma a trei caracteristici fundamentale de natură:

1- biologică;
2 - psihologică;
3 - socială.

1) Ocupaţia are un rol de bază în menţinerea şi dezvoltarea suportului biologic al oricărui organism uman.

Dezvoltarea omului este posibilă datorită schimbărilor permanente, ce au loc în structura biologică a organismului său. Astfel, sistemul nervos şi cel muscular se dezvoltă în urma stimulării sale permanente, prin intermediul diverselor forme de activitate desfăşurate de copil, încă de la vârstele cele mai fragede. În această perioadă, organizarea unor activităţi ludice cu finalitate terapeutică constituie modalitatea optimă de intervenţie, aflată la îndemâna specialistului. La vârsta adultă se pune problema conservării funcţiilor biologice la nivel optim pe o perioadă cât mai lungă de timp posibil. Longevitatea vârstnicilor este strâns legată de menţinerea lor în diverse forme de activitate pentru petrecerea timpului liber excedentar.

Spunem aceasta, deoarece a fost demonstrat ştiinţific faptul că exerciţiile fizice, de exemplu, au efecte pozitive asupra circulaţiei sanguine sau că alergarea ameliorează stările depresive ale indivizilor. Rezultatele a numeroase cercetări au acreditat ideea după care, între funcţiile biologice şi cele psihice ale organismului, există o strânsă corelaţie.

În cadrul organismului uman, aceste funcţii se influenţează reciproc, sfârşind prin a se integra într-o manieră originală, în fiecare individ.

2) Influenţa ocupaţiilor în plan psihologic este, de asemenea, un proces deosebit de complex, deoarece practic nu există activitate care să nu determine schimbări la nivel psihic.

Omul se construieşte pe sine şi schimbă mediul din care face parte prin activitatea voluntară şi dirijată în scop terapeutic.

Schimbările în plan psihic sunt realizate, în principal, prin intermediul activităţilor ludice, a celor de muncă şi artistice.

Principalele deprinderi şi activităţi ale copilului se construiesc prin intermediul jocului. Prin practicarea activităţilor ludice, copilul învaţă mai întâi să manipuleze obiectele înconjurătoare, îşi dezvoltă mişcările pentru ca, mai apoi, să-şi însuşească principalele reguli ale unor activităţi şi să înţeleagă noţiunile de statut şi de rol social.

Pentru devenirea sa ulterioară, deosebit de importantă este antrenarea în, jocuri cu reguli ce contribuie la disciplinarea sa şi la inţelegerea semnificaţiilor exacte ale unei activităţi desfăşurate în comun.

La aceasta am putea adăuga organizarea de jocuri dramatice cu deosebită importanţă în socializarea sa.

Educatorul terapeut este necesar să sprijine copiii în organizarea unor jocuri cât mai variate şi antrenante, care să trezească interesul acestora şi să contribuie la creşterea coeziunii grupului din care face parte.

El trebuie să aibă permanent în vedere că prin joc se dezvoltă imaginaţia şi creativitatea copilului, datorită rezolvării problemelor curente, izvorâte din activitatea concretă pe care el o desfăşoară. În sfârşit, tot prin organizarea de activităţi ludice, terapeutul poate contribui substanţial la redarea încrederii în forţele proprii ale copilului, la instaurarea unor sentimente tonice pentru activitate şi la construirea unei imagini de sine pozitive.

Munca, la rândul ei, îi furnizează individului elemente esenţiale ale propriei imagini şi sentimentul respectului de sine, aflate în strânsă legătură cu poziţia sa în ierarhia profesională.

Sentimentele de satisfacţie sau insatisfacţie, apărute în urma desfăşurării unei activităţi productive, reprezintă o condiţie principală a echilibrului său psihic. Succesul, în plan profesional şi material obţinut în concordanţă cu modelele sociale existente, este un element esenţial al evaluărilor realizate de psihiatria modernă. Insuccesul profesional constituie, adesea, o explicaţie convingătoare pentru instaurarea, la un individ, a pierderii respectului de sine şi a dezorientării. La aceasta, se mai poate adăuga şi tendinţa actuală de dezintegrare a ocupaţiilor tradiţionale şi apariţia unora noi pentru care individul este insuficient pregătit. Procesul tranziţiei către economia de piaţă, prin mutaţiile produse pe planul activităţilor profesionale, este un exemplu grăitor în acest sens.

Existenţa, la noi în ţară, a şomajului, a îndepărtării indivizilor de activitatea de muncă în jurul căreia se organiza întreaga lor existenţă anterioară, ridică noi probleme legate de apariţia fenomenelor de stres şi alienare care le însoţesc frecvent. Incidenţa acestor aspecte negative este mai frecventă la persoanele cu deficienţe, aflate printre primele excluse de la activitatea productivă.

În această situaţie, în faţa terapiei ocupaţionale se pun noi probleme legate de menţinerea acestor persoane în diverse forme de activitate şi înlăturarea comportamentelor deviante, apărute în urma lipsei de activitate. Odată cu progresul social, în perioada contemporană a crescut şi posibilitatea de a organiza cât mai judicios activităţile recreaţionale de loisir ale persoanelor normale sau deficiente. Spunem aceasta deoarece privarea indivizilor de activităţi recreaţionale corespunzătoare duce la consecinţe psihologice nefaste, care merg de la erodarea competenţei profesionale până la instaurarea sentimentelor de frustrare şi insatisfacţie faţă de existenţă în ansamblul ei.

Rezolvarea, din punct de vedere instituţional, a acestei probleme constă în crearea de centre de zi pentru persoane deficiente, unde acestea pot fi menţinute, în continuare, în activităţi de natură ocupaţională. Aplicarea acestei soluţii în ţara noastră se izbeşte, deocamdată, de numeroase constrângeri de ordin financiar instituţional (lipsa de spaţii adecvate, aparatură şi echipamente) şi social (lipsa specialiştilor calificaţi).

3) Dimensiunea socială a ocupaţiei se referă, în principal, la impactul ocupaţiei asupra structurii, deprinderilor şi comportamentelor sociale ale individului.

Această dimensiune a ocupaţiei poate fi analizată, de asemenea, prin prisma influenţelor pe care le exercită activităţile ludice şi munca asupra formării competenţei sociale.

Jocul îndeplineşte, printre altele, funcţia de pregătire a copilului pentru viaţa adultă, în cadrul unei diversităţi de grupuri sociale (şcolar, familiar, de loisir ş.a.m.d.) Aceasta deoarece, sistemul de valori, obiceiurile, tradiţiile şi modalităţile de interacţiune interpersonale, se reflectă în caracteristicile jocului unui copil, dintr-o cultură sau alta.

Activităţile ludice posedă funcţia esenţială de creştere a capacităţii de adaptare socială a copilului. Jocurile adultului, de tipul celor de societate, familiare, mergând până la cele rituale, sunt esenţiale pentru menţinerea existenţei sociale.

„Când jocurile încep să-şi schimbe compoziţia, aceasta poate semnala că se apropie o schimbare culturală negativă. În acest sens, este semnificativ faptul că indivizii care se simt alienaţi social găsesc, deseori, vacanţele şi sărbătorile intolerabile". Willard şi Spackman (1983) (*apud* **Popovici, D. V., Matei, R. S.**, 2005, pag. 28).

La rândul ei, munca constituie o activitate cu caracter eminamente social. Varietatea profesiilor apărute a condus la distribuirea unor sarcini diferite pentru fiecare individ în parte. Distribuţia este făcută conform cu vârsta, sexul, pregătirea, aptitudinile şi poziţia socială ocupată de fiecare persoană. Drept consecinţă, adultul capătă, în urma exercitării ei, sentimentul propriei valori şi de apartenenţă la un grup social şi profesional.

Rolul terapeutului ocupaţional, pe direcţia sprijinirii şi maturizării sociale a indivizilor, se poate exprima, fie prin implicarea acestuia în acţiuni sociale cât mai diversificate, fie prin acordarea de asistenţă grupurilor sociale, în vederea integrării unor persoane cu dificultăţi de adaptare socială.

Principalele caracteristici ale ocupaţiei (biologice, psihologice şi sociale) trebuie să se regăsească în proiectarea planului de interventie terapeutică, în ansamblul său. În acest sens, este necesr să se aibă permanent în vedere următoarele aspecte esenţiale:

- "deoarece ocupaţia este deosebit de importantă pentru adaptarea la mediu, întreruperea sau absenţa ei reprezintă o ameninţare pentru sănătatea individului;
- când diverse maladii, deficienţe sau condiţii sociale defavorabile au afectat sănătatea biologică şi psihică a individului, ocupaţia constituie un mijloc eficient de reorganizare comportamentală" Willard şi Spackman (1983)(*apud* **Popovici, D. V., Matei, R. S.**, 2005, pag. 29).

Este evident, în viaţa fiecărei persoane, faptul că întreruperea bruscă a unor forme ocupaţionale determină tulburări de natură biologică şi psihică. Spre exemplu, încetarea unor activităţi de muncă fizică sau sportive, conduce la deteriorarea motricităţii generale a organismului, deci la scăderea funcţiilor biologice ale individului, care în plan psihic pot genera manifestări caracteristice stres-ului, concretizate prin iritabilitate sau depresii.

În aceste situaţii, se recomandă ca terapeutul să intervină prin organizarea altor categorii de activităţi de natură ocupaţională, menite să le înlocuiască pe cele pierdute. În acest mod, pot fi tratate cu succes disfuncţiile biologice şi psihologice apărute (de exemplu: situaţia sportivilor retraşi din activitate).

În concluzie, specialiştii recomandă efectuarea unor studii aprofundate asupra caracteristicilor structurii şi dinamicii ocupaţiilor, asigurându-se, în felul acesta, dezvoltarea terapiilor ocupaţionale utilizate pentru rezolvarea problemelor existenţiale pentru toate categoriile de persoane.

Structura procesului de terapie ocupaţională

Terapeutul ocupaţional proiectează diverse planuri de intervenţie, realizate prin intermediul unor activităţi de muncă, joc şi viaţă cotidiană, menite să provoace la subiect formarea sau creşterea performanţelor sale din sfera senzorio-motorie, cognitivă şi psihosocială.

Intervenţia, cu mijloacele specifice terapiei ocupaţionale, urmăreşte următoarele obiective generale:

1) Dezvoltarea, menţinerea şi recuperarea nivelului de funcţionare al fiecărei persoane pe o perioadă cât mai îndelungată;
2) Compensarea deficienţelor funcţionale prin preluarea funcţiilor afectate de către componentele valide ale persoanei;
3) Asigurarea destructurării anumitor funcţii ale organismului;
4) Inducerea unei stări de sănătate şi încredere în forţele proprii ale persoanei.

Procesul de intervenţie, din domeniul terapiei ocupaţionale la deficienţi, trebuie să cuprindă, în detaliu, activităţi din cele trei domenii fundamentale de acţiune.

- Astfel, activităţile de viaţă cotidiană este util să se bazeze pe acţiuni, cum ar fi, spre exemplu, pieptănatul, spălatul dinţilor, îmbrăcarea, hrănirea sau formarea expresiei sociale;
- Activităţile de ergoterapie pot include îngrijirea hainelor, pregătirea mesei, întreţinerea casei, planificarea financiară, cultivarea deprinderilor de muncă, maturizarea social-vocaţională, până la planificarea existenţei după pensionare;
- Activităţile de joc şi loisir cuprind, în principal, explorarea diverselor categorii de jocuri accesibile persoanei, precum şi dezvoltarea de performanţe ridicate în anumite jocuri şi distracţii, mergând până la trezirea interesului subiectului pentru anumite hobby-uri, colecţii, inclusiv din domeniul artistic.

Cum am mai arătat, intervenţia, organizată pe direcţiile amintite, determină formarea la un individ de deprinderi, aptitudini şi capacităţi conform cu scopul urmărit. Aceste modificări provocate vizează componentele senzorio-motorii, cognitive sau sociale ale persoanei.

A) Modificările din componenta senzorio-motorie se referă la:
   1) integrarea senzorială cu accent pe dezvoltarea sensibilităţii, formarea perecepţiilor kinestezice, a schemei corporale, localizarea spaţială ş.a.m.d.;
   2) zona neuro-musculară şi realizarea reflexelor, a tonusului muscular, dezvoltarea lateralităţii, cultivarea motricităţii generale şi fine etc.;

3) controlul şi coordonarea mişcărilor, în general, şi a mişcărilor articulatorii implicate în folosirea limbii, în particular.

B) Exersarea componentelor cognitive urmăreşte dezvoltarea activităţilor de cunoaştere, în ansamblul lor, orientarea în spaţiu şi timp, activarea atenţiei şi memoriei, formarea noţiunilor, rezolvarea de diverse probleme şi generalizarea învăţării subiectului.

C) Educarea componentelor psiho-sociale ale persoanei se referă la: asumarea de roluri şi de valori, cultivarea de interese, folosirea individuală a conceptelor, îmbunătăţirea relaţiilor sociale, formarea abilităţilor implicate în susţinerea unei conversaţii, formarea deprinderilor de autogospodărire şi a capacităţilor de autocontrol în activitate.

Procesul de terapie ocupaţională are drept scop rezolvarea problemelor specifice subiectului, pentru a-l ajuta să realizeze o adaptare optimă la mediul său de viaţă.

Procesul este deosebit de complex, iar desfăşurarea sa, în mod ştiinţific, necesită parcurgerea următoarelor etape:

1 – evaluarea şi interpretarea nevoilor subiectului;

2 – planificarea intervenţiei;

3 – selecţionarea şi adaptarea echipamentelor folosite;

4 – înregistrarea şi aprecierea progreselor realizate.

Evaluarea, în terapia ocupaţională, este un proces planificat în scopul obţinerii unei imagini cât mai exacte asupra nivelului de funcţionare a unei persoane.

Obiectivul general al oricărei evaluări constă în strângerea de informaţii necesare, care să sprijine subiectul în atingerea unui nivel maxim de funcţionare a capacităţilor sale.

În primul rând, evaluările generale sunt realizate de către psihologi. Metodele folosite sunt cele specifice psihologiei: *observaţia, interviul, chestionarele* şi *testele psihologice*. Se foloseşte, de asemenea, o serie de teste standardizate pentru studierea unor procese psihice particulare, precum şi scările de dezvoltare şi de comportament. Mai nou, este folosită şi tehnica înregistrărilor video, cu ajutorul căreia se poate stabili nivelul de utilizare al unor deprinderi în mediu natural, asigurându-se o mai mare fidelitate aspra informaţiilor dobândite pe această cale.

În al doilea rând, evaluările pot fi făcute de însuşi terapeutul ocupaţional. Se pot folosi, în acest sens, *teste standardizate* pentru terapia ocupaţională sau *liste de control*, specifice domeniului.

Listele de control măsoară nivelul performanţei atins de subiect în realizarea unei activităţi sau comportament, care intră în sfera de preocupări a terapeutului ocupaţional.

În paralel cu aplicarea acestor probe, este util ca terapeutul să facă apel şi la metoda observaţiei, care-i poate oferi date concludente despre dezvoltarea socială a subiectului şi caracteristicile relaţiilor sale interpersonale.

În evaluarea unui copil deficient, terapeutul trebuie să urmărească câteva aspecte, şi anume:

a. *nivelul motricităţii generale şi fine,* care se referă la caracteristicile mişcărilor corpului în ansamblu, precum şi caracteristicile mişcărilor de aprehensiune şi manipulare, implicate în tăiat, colorat, scriere etc.;

b. *nivelul de dezvoltare al percepţiei* mişcărilor, care se referă, în principal, la recepţia şi decodificarea stimulilor prin toate categoriile de analizatori - vizual, auditiv, olfactiv, gustativ, kinestezic proprioceptiv – şi la coordonarea mişcărilor;

c. *nivelul de dezvoltare a aptitudinilor* cognitive, sociale şi de comunicare, care se referă la caracteristicile interacţiunilor interpersonale ale subiectului în diverse situaţii, precum şi la modul în care înţelege comenzile şi instrucţiunile verbale; foloseşte formulele de politeţe etc.

d. *caracteristicile activităţilor de viaţă cotidiană,* care includ studierea deprinderilor implicate în igiena personală, autoîngrijire şi autoservire.

În realizarea evaluării pe ansamblul său, terapeutul ocupaţional va culege informaţii şi de la alte categorii de profesionişti, în afara psihologilor, ca de exemplu medici, profesori, asistenţi sociali ş.a. Deosebit de utilă este şi angrenarea familiei persoanei, în vederea culegerii de date şi informaţii din mediul extern.

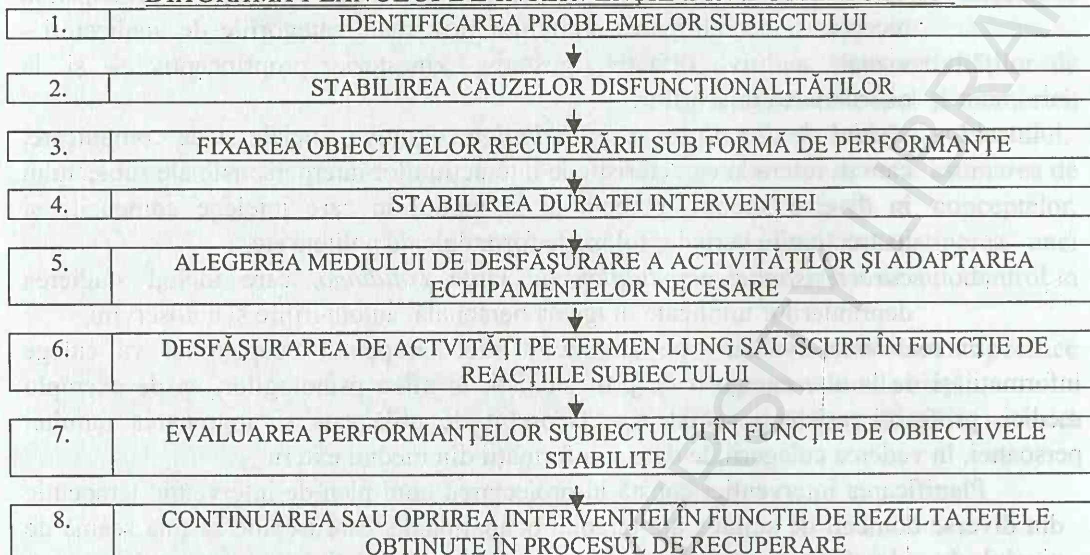
Planificarea intervenţiei constă în proiectarea unui plan de intervenţie terapeutic din diverse domenii de acţiune ale terapiei ocupaţionale, care trebuie să ţină seamă de nivelul de educabilitate al subiectului, caracteristicile deficienţei, statutul prezent, mediul cultural în care trăieşte şi motivaţia sa pentru schimbare.

STRUCTURA PLANULUI DE INTERVENŢIE ÎN DOMENIUL TERAPIEI OCUPAŢIONALE

Structura planului de intervenţie, destinat recuperării persoanelor deficiente, cuprinde, în viziunea noastră, următoarele elemente:

1. identificarea problemelor subiectului;
2. stabilirea cauzelor disfuncţionalităţilor;
3. fixarea obiectivelor recuperării (sub formă de performanţe);
4. stabilirea duratei de timp necesare intervenţiei;
5. alegerea mediului de desfăşurare al activităţilor şi adaptarea echipamentelor necesare;
6. desfăşurarea de activităţi pe termen lung sau scurt, în funcţie de reacţiile subiectului;
7. evaluarea performanţelor subiectului, în funcţie de obiectivele stabilite anterior;
8. continuarea sau oprirea intervenţiei, în funcţie de rezultatele obţinute în procesul de recuperare.

DIAGRAMA PLANULUI DE INTERVENȚIE DIN DOMENIUL T.O.



După încheierea evaluării și stabilirea disfuncționalităților, se presupune că terapeutul deține o imagine exactă asupra profilului de personalitate al subiectului său. Următorul pas constă în *alegerea obiectivelor* care trebuie urmărite în cadrul planului terapeutic.

În stabilirea obiectivelor este util să se țină seama de o serie de factori, ca de exemplu:

a) nevoile și dorințele subiectului;
b) cunoștințele legate de sistemul de valori al subiectului;
c) informațiile existente referitoare la o anumită maladie sau deficiență, cu consecințele lor pe plan fizic și psihic;
d) cunoștințele legate de metodele de terapie ocupațională și medicală existente la momentul respectiv;
e) informațiile disponibile despre mediul pentru care subiectul urmează să fie pregătit din punct de vedere educațional, profesional sau comunitar;
f) scopurile și cadrul general al programului de recuperare, multidisciplinar, în care persoana urmează să fie integrată.

Obiectivele se pot clasifica, la rândul lor, în:

– obiective pe termen lung;
– obiective pe termen scurt.

Formularea acestora trebuie să se exprime în termeni cât mai concreți, cuantificabili și măsurabili.

Exemplu de obiective pe termen lung, cu redactări mai generale, pot fi: „Copilul va fi pregătit pentru o bună integrare socială" sau „Copilul își va exersa anumite deprinderi folositoare pentru viitoarea sa pregătire profesională".

În cadrul obiectivelor pe termen lung se pot formula obiectivele pe termen scurt sau obiectivele operaţionale, cum mai sunt numite acestea din urmă. Un astfel de exemplu ar fi: „Copilul trebuie să realizeze corect o operaţie de tăiere cu ajutorul pânzei de bonfaier".

În general, obiectivele pe termen lung se aleg din sfera domeniilor fundamentale ale terapiei ocupaţionale, iar cele pe termen scurt se stabilesc în funcţie de activităţile care li se subsumează.

Trecerea de la un obiectiv pe termen lung, mai general, este condiţionată de realizarea obiectivelor pe termen scurt, particulare sau operaţionale.

În sfârşit, este util ca la stabilirea obiectivelor generale să se realizeze consultarea unor specialişti din diverse domenii care, prin colaborare interdisciplinară, să le transpună în practică. Putem vorbi aici despre o conlucrare, cu mijloace specifice, dintre terapeuţi ocupaţionali, educatori, psihopedagogi, profesori de cultură fizică medicală, instructori, medici, psihologi, asistenţi sociali ş.a.

Este consultat însuşi subiectul şi părinţii acestuia, care pot constitui un sprijin eficient în continuitatea exerciţiilor prevăzute în cadrul activităţilor la domiciliu.

Elaborarea planului terapeutic se referă la descrierea metodelor şi procedeelor care se folosesc în activităţi pentru atingerea obiectivelor stabilite. El cuprinde, de asemenea, sinteza activităţilor desemnate în vederea realizării unui nivel de performanţă al funcţionării deprinderilor şi capacităţilor unei persoane.

Planul va fi stabilit în funcţie de anumite obiective pe termen scurt, pentru a putea a fi schimbat cu uşurinţă, în cazul în care o evaluare intermediară poate demonstra lipsa lui de viabilitate.

În rezumat, deci, principalele caracteristici ale unui plan terapeutic trebuie să fie *flexibilitatea* şi *mobilitatea*, adaptate în funcţie de progresele realizate de cel căruia i se adresează.

Aplicarea planului de intervenţie terapeutică constă în desfăşurarea următoarelor faze distincte: **Willard şi Spackman** (1983)(Popovici, D. V., Matei, R. S., 2005, pag. 35).

- *faza orientării* – în care terapeutul explică subiectului activitatea care urmează s-o desfăşoare împreună, tipul performanţelor dorite şi descrie sau demonstrează modalităţile lor de realizare practică;
- *faza dezvoltării* – în timpul căreia terapeutul conduce subiectul în explorarea şi practicarea efectivă a activităţii alese;
- *faza finală* – în care terapeutul evaluează performanţele obţinute de subiect în activitate şi stabileşte obiectivele viitoare de recuperare.

Se recomandă ca procedurile de evaluare să se extindă la ultimele două faze, în vederea verificării permanente a relevanţei obiectivelor prestabilite şi a eficacităţii planului terapeutic, în ansamblul său.

Cercetările moderne de terapie ocupaţională au demonstrat că, în prezent, randamentul acestei discipline este cu atât mai mare pe măsură ce se proiectează tot mai multe planuri de recuperare, aplicabile în interiorul unor instituţii de diverse tipuri (şcoli, centre de zi, spitale etc.).

În prezent, se preconizează, folosirea de planuri care să poată fi aplicate la domiciliu sau în comunitatea unde persoana îşi duce existenţa.

De aceea, folosirea unor planuri adaptabile, în funcţie de contexte diferite, este deosebit de importantă, atât pentru persoana deficientă, cât şi pentru terapeut.

Selecţionarea şi adaptarea echipamentului reclamă, din partea terapeutului, un efort substanţial de imaginaţie, în vederea proiectării unor mijloace şi dispozitive adaptate nevoilor copilului.

Fiecare copil deficient posedă anumite cerinţe speciale, care trebuie stabilite cu prioritate, înaintea adaptării sau construirii unui anumit echipament pentru acesta. Modificările făcute unui obiect folosit în activitatea de terapie, pot fi temporare sau permanente, în funcţie de progresele realizate de copil.

Specialiştii recomandă o mare varietate de echipamente ce se pot folosi în activitatea cu copiii deficienţi fizic, senzorial sau mintal.

În cazul imposibilităţii procurării acestora pe cale comercială, se recomandă, în condiţiile ţării noastre, confecţionarea lor de către educatori, care au în programa lor de învăţământ activităţi de terapie ocupaţională. De asemenea, este indicat să fie luat în considerare costul materialului şi timpul necesar confecţionării lui, în eventualitatea existenţei unor materiale similare pe piaţă.

Este utilă selecţionarea echipamentelor, în principal după nevoile subiectului, dar, ţinând seama de anumite caracteristici fizice ale materialului din care sunt confecţionate, cum ar fi de exemplu, *greutatea, flexibiltatea, culoarea* şi *nevoile* subiecţilor.

În general, cu mici excepţii, adaptările de mijloace şi dispozitive pentru activitate, este bine să fie făcute cu materiale durabile de folosinţă îndelungată.

În cazul copiilor deficienţi, Hopkins (**Popovici, D. V., Matei, R. S.**, 2005) recomandă construirea de dispozitive adaptate, dacă se constată, în primul rând, tulburări în coordonarea mişcărilor sau a capacităţii de a apuca şi strânge. De aceea, spune autorul respectiv, unul din primele lucruri pe care terapeutul ocupaţional trebuie să-l facă constă în analizarea mişcării solicitate de o sarcină sau de un grup de sarcini similare, comparativ cu performanţele corespunzătoare, care urmează a fi realizate la o persoană.

În acest fel, terapeutul va evalua limitele fizice ale copilului, indicând tipul de echipament adaptat, necesar. Astfel de echipamente adaptate pot fi reprezentate de un prelungitor pentru creion sub forma unui burete sau sub forma unui tub de cauciuc, dacă copilul are tulburări de motricitate fină, care îi crează dificultăţi de scris. Se poate folosi în acelaşi sens, în cadrul altor activităţi, un mâner de lemn suplimentar pentru apucarea unor obiecte, cum ar fi spre exemplu, tacâmurile.

În cazul copiilor cu dificultăţi de coordonare a mişcărilor, se recomandă, spre exemplu, înlocuirea nasturilor de la haine cu arici sau capse, iar în cazul pantofilor se pot folosi catarame în locul clasicelor şireturi.

Elevii deficienţi mintal şi copiii cu ADHD, care prezintă o permanentă agitaţie psihomotorie, pot fi protejaţi cu ajutorul unor căşti, pe parcursul activităţilor, spre a se evita accidentele ş.a.m.d.

Evaluarea planurilor utilizate în cadrul procesului de terapie ocupaţională este o acţiune indispensabilă în vederea măsurării eficienţei intervenţiei procedurilor utilizate de terapeut.

Cele mai răspândite forme de evaluare sunt cele intermediare şi finale.

Evaluările intermediare se folosesc pe parcursul aplicării planului terapeutic şi constă în măsurarea rezultatelor obţinute prin atingerea obiectivelor intermediare proiectate. Specialistul trebuie să se întrebe dacă realizarea obiectivelor respective, prin activităţile proiectate, determină modificările scontate în performanţele copilului.

În cazul în care se constată, în procesul evaluării intermediare, ineficienţa activităţilor şi obiectivelor fixate, se recomandă schimbarea programului terapeutic iniţial.

Succint spus, prin acest tip de evaluare se verifică:

a) eficacitatea planului terapeutic;

b) se conturează tipul schimbărilor necesare planului;

c) se determină, riguros,momentul încetării sale.

Evaluarea finală se referă la analiza rezultatelor procesului terapeutic în ansamblul său. Prin această acţiune se pune, în fapt, în evidenţă succesul sau eşecul demersurilor realizate de specialist pentru a veni în sprijinul nevoilor unei persoane prin mijloacele terapiei ocupaţionale.

Procesul de recuperare prin terapia ocupaţională la persoanele deficiente este un proces continuu, care trebuie reluat în permanenţă la diferite vârste, în funcţie de nevoile specifice individului, în diversele momente ale vieţii sale.

Considerăm, că numai prin reluarea ciclică a procesului în cauză putem contribui în calitate de terapeuţi la stabilirea unui nivel de dezvoltare al deficienţilor cât mai posibil apropiat de normal.

Direcţii generale de acţiune din domeniul terapiei ocupaţionale în funcţie de tipul deficienţei subiectului

Pentru organizarea unor procese de recuperare eficiente, terapeutul educator sau profesor, trebuie să cunoască, în primul rând, principalele caracteristici ale mediului de viaţă în care copilul urmează să trăiască.

Diversele solicitări ale mediului fizic, social sau cultural impun terapeutului depăşirea anumitor bariere sau obstacole care se diferenţiază în primul rând după tipul deficienţei copilului. Astfel, în cazul copiilor deficienţi mintal, se pune în primul rând, problema integrării lor în societate prin formarea unor deprinderi de viaţă cotidiană adecvate.

Nivelul performanţelor, obţinut în cadrul deprinderilor respective, depind, la rândul său, de profunzimea întârzierii lor mintale.

La copiii deficienţi senzoriali, întâietatea este deţinută de formarea deprinderilor implicate în creşterea autonomiei personale. Aceasta se realizează prin dezvoltarea comunicării, mobilităţii şi orientării spaţiale.

La copiii cu deficienţe fizice, mai ales la cei cu deficienţe dobândite în urma unor accidente, se pune problema depăşirii unor traume psihice apărute în urma izolării prelungite prin activităţi de socializare la nivelul grupelor de elevi.

Persoanele cu deficienţe fizice congenitale trebuie familiarizate cu folosirea unor proteze, dispozitive de mers, echipamente adaptate, care să le asigure integrarea corespunzătoare în societate.

La toate categoriile de copii deficienţi, deosebit de importante sunt activităţile de muncă, selectate riguros, în aşa fel încât să contribuie decisiv la viitoarea lor maturizare vocaţională şi profesională.

În afară de aceasta, o importanţă deosebită prezintă organizarea unor activităţi recreaţionale, în funcţie de posibilitatea copilului. Educatorul este necesar să acorde o atenţie diferenţiată, în vederea iniţierii unor activităţi de petrecerea timpului liber, în acord cu tipul deficienţei copilului cu care lucrează. Spre exemplu, în cazul activităţilor ludice cu copii deficienţi mintal care, „nu ştiu să se joace", el se va ocupa, în principal, de organizarea şi conducerea directă a jocului acestora. Dacă lucrează cu deficienţii senzoriali sau fizici, preocuparea sa principală se va lega de selecţionarea celor mai potrivite activităţi pentru copii în care ei vor putea realiza succese, care să contribuie la redarea încrederii în propriile capacităţi şi obţinerea de performanţe superioare.

La toate categoriile de copii deficienţi, proiectarea activităţilor trebuie să ţină seama de specificul vârstei acestora, peste care se suprapun caracteristicile derivate din tipul de deficienţă.

Proiectarea programelor de intervenţie în funcţie de vârstă

În acest sens, programele de terapie ocupaţională, trebuie structurate în mod adecvat stadiilor de vârstă în care se află subiecţii cărora li se adresează.

Astfel, în perioada preşcolară, se recomandă să se acorde o atenţie deosebită următoarelor aspecte legate de:

a) evaluarea primară şi stimularea dezvoltării funcţiilor şi proceselor psihice aflate în curs de materializare la copil ;
b) utilizarea activităţilor ludice pentru stimularea personalităţii copilului, în ansamblul său;
c) formarea unei imagini de Sine adecvată şi stimularea motivaţiei pentru diverse activităţi formative.

În mica şcolaritate se va continua evaluarea permanentă a performanţelor copilului, urmată de stimularea continuă a dezvoltării sale.

O atenţie deosebită va trebui acordată plasării copilului într-un mediu corespunzător capacităţilor sale cognitive şi tipului său de handicap.

Activitatea terapetului ocupaţional se va axa, în principal, pe aspecte legate de:

a) îmbunătăţirea motricităţii fine şi generale, accentul punându-se pe formarea unui comportament motric esenţial în această perioadă de vârstă;
b) formarea unor deprinderi de viaţă cotidiană, care să asigure integrarea adecvată în mediul existenţial;
c) stimularea dezvoltării cognitive în ansamblul său.

În perioada adolescenţei, accentul trebuie deplasat spre evaluarea capacităţilor de profesionalizare ale individului.

Se va acorda o atenţie deosebită organizării unor activităţi implicate în şlefuirea deprinderilor de viaţă cotidiană şi legate de o corectă educaţie sexuală, fără falsă pudoare.

La vârsta adultă, principalele preocupări ale terapeutului se vor centra, în principal, pe structurarea deprinderilor necesare unei existenţe integrate în comunitate, cu accent pe formarea unui comportament social adecvat, bazat pe responsabilităţi şi pe corecta gestionare a bugetului propriu.

Se vor dezvolta deprinderile şi capacităţile implicate în autogospodărirea eficientă şi pregătirea pentru căsătorie şi viaţa de familie.

În cele din urmă, în cazul bătrâneţii, când are loc regresia funcţiilor şi proceselor psihice ale persoanei, terapeutul trebuie să acţioneze, cu precădere, în vederea refacerii destructurării deprinderilor şi capacităţilor individului şi menţinerii, pe cât mai mult timp posibil, a unui nivel optim de funcţionare ale acestora.

Fundamentală pentru alegerea celei mai bune proceduri de recuperare prin activitate, este, în viziunea lui *S. Ionescu* (1987), problematica specifică a subiectului, ceea ce implică, în primul rând, „*cunoaşterea aprofundată a cazului şi a evoluţiei sale anterioare*". Apoi, pe parcursul procesului terapeutic, prezintă importanţă „*adaptarea la evoluţia subiectului care determină schimbări în abordarea şi utilizarea tehnicilor disponibile*" **(Popovici, D. V., Matei, R. S.**, 2005, pag. 53).

Un alt aspect, ce influenţează decisiv intervenţia terapeutică, se referă la calitatea evaluării întregului proces. Tot din perspectiva comună pentru toate categoriile de deficienţi, se mai pune problema iniţierii unei bune colaborări cu familiile acestora. Pentru rezolvarea cu succes a acestei probleme, educatorul, transformat în terapeut ocupaţional, trebuie să devină un bun consilier al familiei. Obiectivul fundamental al activităţii sale de consilier constă în oferirea de sfaturi în vederea integrării corespunzătoare a copilului în comunitate. Pentru atingerea acestui obiectiv este recomandabil ca educatorul să analizeze, în profunzime, mediul familial şi social în care se dezvoltă copilul, după care să stabilească care sunt deprinderile prioritare de adaptare solicitate. În continuare, el poate recomanda executarea unor exerciţii specifice necesare consolidării deprinderilor respective şi stabilirii perioadei de timp corespunzătoare desfăşurării acestora. Activităţile prescrise, sub formă de exerciţii, se pot desfăşura acasă, cu spijinul familiei sau cu alte categorii de persoane din medii sociale cu care copilul vine în contact.

În multe ţări dezvoltate ale lumii există alternative instituţionale ce permit desfăşurarea activităţilor recuperatorii, în exteriorul şcolii.

Din rândul acestora, cele mai reprezentative sunt centrele de zi, atelierele protejate şi comunităţile sau satele pentru persoane deficiente.

Ţinând seama de condiţiile din ţara noastră, soluţiile care pot fi adoptate pentru realizarea unor activităţi semnificative pentru consolidarea deprinderilor copilului, constau în includerea acestuia în activităţi prelungite şi individualizate, în cadrul şcolii speciale sau inclusive şi atragerea cooperării unui număr cât mai mare de specialişti în realizarea lor într-o viziune interdisciplinară.

Elemente generale de ergoterapie

Ergoterapia poate fi definită din două perspective (**Alex. Popescu,** 1993 *apud* Popovici, D. V., şi Matei, R. S., 2005, pp. 58-59).

„În sens larg, aşa cum am mai arătat, ergoterapia este sinonimă cu terapia prin muncă, ca metodă distinctă în cadrul Terapiei ocupaţionale şi cuprinde formarea şi educarea gesturilor de bază ale mâinii, dezvoltarea capacităţilor de bază ale mişcării, precizie, forţă, coordonare, viteză de execuţie şi organizarea activităţilor de dezvoltare a abilităţilor manuale generale".

Educaţia terapeutică a abilităţilor motorii este inclusă direct în procesul de recuperare, în cel de abilitare manuală, îndeletniciri practice şi lucrări practice, prevăzute în planul de învăţământ al şcolilor speciale şi incluzive.

În sens restrâns, ergoterapia reprezintă un procedeu de recuperare care se desfăşoară în cadrul atelierelor sau instituţiilor productive specializate, din cadrul spitalelor, instituţiilor de asistenţă socială, şcolilor profesionale speciale, şcolilor speciale şi căminelor de bătrâni.

În această accepţiune, ergoterapia este concepută ca o educaţie funcţională, care urmăreşte învăţarea unor activităţi de muncă, punând accent pe formarea abilităţilor manuale, incluzând în sfera sa de acţiune toate cazurile, începând cu insuficienţa motrică şi gestuală şi terminând cu nedezvoltarea motorie generală, caracteristică pentru o mare parte din handicapurile severe sau asociate".

Competenţele generale ale ergoterapeutului, subliniate în literatura de specialitate, sunt numeroase şi complexe, având un caracter interdisciplinar (**Popovici, D. V. şi Matei, R.,** 2005, pag. 71).

Ergoterapeutul trebuie să aibă cunoştinţe temeinice din domeniile:

1. – psihologiei, pedagogiei şi psihopedagogiei speciale;
2. – medical;
3. – kinetoterapie şi recuperarea tulburărilor de motricitate.

El trebuie să aibă abilităţi, deprinderi şi aptitudini practice solicitate de activităţile de artizanat, de utilizare a artelor vizuale şi să cunoască normele de protecţia muncii.

Ergoterapeutul trebuie să posede calităţi de empatie, în vederea înţelegerii personalităţii fiecărui subiect şi lumea lui interioară, pentru a putea stabili o relaţie optimă cu fiecare client în parte sau cu grupul terapeutic de muncă. De asemenea, trebuie să fie un bun organizator, să dirijeze şi să îndrume comportamentul subiectului. Trebuie să aibă o gândire şi aptitudini tehnice pentru a putea face faţă, cu succes, solicitărilor procesului terapeutic, ce presupune manipularea de unelte, dispozitive şi echipamente adaptate.

Trebuie să ştie să dozeze durata activităţilor de lucru, în funcţie de rezistenţa subiectului la efort, motivaţie, vârstă, tipul şi profunzimea deficienţei. În acest sens, este util să fie capabil să respecte alternanţa perioadelor de lucru cu cele de repaus, în funcţie de criteriile de mai sus şi să supravegheze permanent,cu atenţie distributivă şi concentrată, activitatea tuturor subiecţilor incluşi în programul terapeutic.

Ergoterapeutul contribuie în final, prin întreaga activitate desfăşurată, la recuperarea persoanelor deficienţe, pe multiple planuri, psihic, social şi profesional, asigurându-i, în acest mod, o adaptare şi integrare mai facilă în comunitate şi societate.

În concluzie, rezultă că, ergoterapeutul este profesionistul care utilizează activităţile de muncă pentru a realiza recuperarea / reabilitarea persoanelor deficiente (care au afectări / incapacităţi privind psihomotricitatea, satisfacerea nevoilor corporale, locomoţia, utilizarea corpului în anumite sarcini şi activităţi precum şi a persoanelor cu tulburări psihice), ajutandu-i să ajungă la niveluri funcţionale, fizice, senzoriale, intelectuale, psihiatrice şi/sau sociale optime şi să le păstreze în condiţiile integrării profesionale sau al activităţilor la domiciliu. Activitatea desfăşurată de către ergoterapeut reduce/elimină inconveniente de natură socială, dezavantajele persoanei deficienţe privind independenţa fizică, autonomia persoanei, mobilitatea, orientarea, independenţa economică, integrarea socială.

Recuperarea capacităţii de muncă a persoanelor cu hadicap – ca ansamblu de măsuri destinate îngrijirii şi orientării spre o viaţă utilă şi activă pentru ei înşişi şi pentru societate – se bazează pe caracterul terapeutic al muncii; omul este Homo faber care are nevoia fundamentală de activitate, de o ocupaţie zilnică pentru menţinerea entităţii sale fizice şi mentale şi pentru supravieţuire; munca este organizatorul natural al comportamentului, iar renunţarea la activitatea obişnuită, de muncă, reprezintă un simptom de avertisment privind posibilitatea apariţiei unei boli sau certitudinea instaurării ei.

De ergoterapie beneficiază persoanele de orice vârstă care au nevoie de sprijin pentru recuperarea totală sau parţială a capacităţii de muncă, pentru învăţarea unor activităţi de muncă, pentru formarea abilităţilor manuale şi reabilitarea funcţiilor corpului, în pofida existenţei unor deficienţe/afectări. Este vorba de persoane cu: afectări ale funcţiilor şi controlului funcţiilor mişcării involuntare sau voluntare, ale mişcării întregului corp, ale tonusului muscular, ale funcţiilor articulaţiilor şi oaselor, ale muşchilor şi a altor funcţii neuromusculoscheletale; tulburarea deprinderilor motorii fine şi grosiere; tulburări de coordonare; tulburări de percepţie; tulburările deprinderilor senzorio-motorii şi ale sensitivităţii; sindromul deficitului de atenţie; tulburări psihice; afectări în planul abilităţilor mentale şi sociale; cu insuficienţa sau absenţa unor capacităţi adaptative esenţiale; afectări /deficienţe datorate unor accidente ş. a.

Nivelul cunoştinţelor

Trainingul la locul de muncă are drept obiective valorificarea experienţei altor membri ai echipei pluridisciplinare privind relaţia cu persoana cu deficienţe, a bunelor practici vizând stimularea activităţii şi participării persoanei cu deficienţe, dar şi pentru a-şi realiza, la nivel optim, sarcinile implicate în cadrul perioadei normale de acomodare Toate acestea se realizează pe baza recomandărilor şi programei oferite de echipa multidisciplinară.

Scopurile Ergoterapiei **(Cretu, V., Popovici, D. V., 2009)**

- Obiectivarea şi recuperarea/reabilitarea capacităţii funcţionale a individului, reeducarea mai bună a funcţiilor corpului, prin implicarea în muncă a persoanei deficiente, cu afectarea funcţiilor corpului şi mişcării sau cu tulburări psihice;

- Asigurarea autonomiei personale a fiecărui beneficiar, dezvoltarea capacităţilor sale adaptative esenţiale; dobândirea / refacerea capacităţii de a acţiona în viaţa de zi cu zi, împreună cu ceilalţi;
- Prevenirea / înlăturarea stării de *dependenţă* a subiectului, precum şi a unor dificultăţi majore de relaţionare şi acţiune; prevenirea proceselor degenerative la bătrâni;
- Integrarea / reinserţia subiectului în viaţa socială, economică şi profesională;
- Stimularea încrederii în sine a beneficiarilor şi dezvoltarea firească a personalităţii lor.

Sarcinile, atribuţiile şi responsabilităţile mai importante ale ergoterapeutului sunt: (**Cretu, V., Popovici, D. V.**, 2009, pag. 31).

- Evaluarea complexă a persoanei deficiente, a tipului de afectare şi a gradului de deficienţă, a dezavantajelor pe care le are în ceea ce priveşte desfăşurarea unei activităţi de muncă şi integrarea sa socială şi profesională, dezavantaje datorate atât deficienţei, factorilor personali (interese, motivaţie existenţa/gradul de formare a unor deprinderi), cât şi factorilor de mediu fizic, social şi atitudinal;
- Selecţia activităţilor practice, de muncă desfăşurate de persoana deficientă, în cadrul ergoterapiei, având în vedere rezultatele evaluării complexe, dar şi criterii, precum: adecvarea activităţilor la tipul de deficienţă şi la persoană (şi nu numai categoriei de deficienţă generală); potenţialul lor terapeutic; în măsura în care prezintă interes pentru persoana deficientă, sunt adecvate posibilităţilor sale reale şi pot fi efectuate, efectiv şi independent, de către aceasta, cu sprijinul şi sub îndrumarea ergoterapeutului; formarea sentimentului de utilitate socială, prin obţinerea de produse valorificabile; prevenirea instalării sentimentului de inutilitate socială sau de excludere din procesul muncii; contribuţia la formarea contactelor sociale dintre participanţii cu acelaşi diagnostic, cei cu diagnostice diferite şi membrii obişnuiţi ai comunităţii, în cadrul activităţilor prestate; măsura în care condiţionează calitatea şi randamentul în activitate;
- Stabilirea obiectivelor operaţionale, centrate pe beneficiar şi elaborarea planului de intervenţie ergoterapeutică personalizat;
- În final, se ajunge la integrarea profesională şi socială a persoanei deficiente, găsirea unui loc de muncă pe piaţa liberă a muncii sau iniţierea propriei afaceri şi asigurarea calităţii vieţii acesteia prin autogospodărirea în propria locuinţă/proprietate.

Materiale necesare pentru îndeplinirea sarcinilor

- unelte, instrumente de lucru adaptate, dispozitive şi mijloace profesionale ;
- materii prime;
- dispozitive auxiliare menajere (pentru spălat, călcat, gătit, cusut etc.);
- mijloace de deplasare (cârje, fotolii, bastoane, automobile, dispozitive de acces);

- fişe de evaluare complexă a persoanei deficiente;
- programe de intervenţie personalizate;
- fişe de observaţie;
- materiale metodice, scheme, casete audio etc.;
- fişe de examinare, de evaluare.

În Romania, profesia de ergoterapeut, căreia i se subordonează cea de terapeut ocupaţional, sunt reglementate pe baza unor acte normative depăşite – HCM 1210/1990, şi HCM 307/1991, care la *art. 5* face referire la atributele instructorului de ergoterapie cu studii medii. În prezent, se fac eforturi pentru introducerea profesiei de ergoterapeut cu studii superioare, în viitorul Cod al ocupaţiilor din ţara noastră.

Tipuri şi forme ale activităţii ergoterapeutice

Deşi toate formele activităţii de ergoterapie oferă soluţii în antrenarea la efort fizic şi psihic al bolnavilor, ele trebuie să difere în funcţie de tipul deficienţei, de gradul acesteia şi de posibilităţile oferite de atelierele instituţiilor respective.

Aceste forme ale activităţilor ergoterapeutice pot fi împărţite după criteriul „tip de activitate”, în diverse grupuri de meserii şi activităţi:

1. Împletiturile

Acestea se pot efectua din nuiele de răchită, salcie, rafie, papură, pai etc., produsele finite fiind: taburete, scaune, coşuri, sticle îmbrăcate, balansoare, pălării de soare, genţi şi poşete.

Gradul de dificultate al acestei activităţi este variabil, în funcţie de caracteristicile materialelor folosite:

- lungimea nuielelor;
- grosimea nuielelor;
- duritatea nuielelor;
- lăţimea benzilor de împletit.

Împletiturile determină mişcări de mică şi mare amplitudine ale articulaţiilor încheieturii mâinii, cotului şi umărului. Este necesar a se evita poziţiile şi mişcările vicioase. Aceste tipuri de activităţi sunt folosite în paraplegii, tetraplegii, boli reumatismale, la copiii infirmi motor cerebral, la vârstnici fiind accesibile atât bărbaţilor, cât şi femeilor.

Ca dezavantaj, putem aduce în discuţie monotonia activităţilor de acest gen.

2. Modelajul şi olăritul, ca activităţii terapeutice progresive, se desfăşoară în plastilină, ceară, lut etc. (modelajul), la masa rotativă sau discul rotativ (olăritul), constituind o importantă activitate pentru extensia şi flexia degetelor şi contribuind la stabilizarea articulaţiilor membrelor superioare.

Cele două activităţi au o deosebită valoare, fiind eficiente în toate formele de reeducare a membrelor superioare, de la umăr până la extensia coatelor, articulaţiilor mâinii şi a degetelor şi au în vedere atât forţa musculară, cât şi amplitudinea articulară.

Modelajul în ceară este o activitate uşor de executat ce oferă posibilitatea verificării precise a presiunii exercitate pe suprafaţa de modelat.

Ceramica este mai costisitoare, necesitând cuptoare speciale şi având o durată de fabricaţie mai mare a produsului.

În unele cazuri, modelajul şi olăritul sunt considerate a fi respingătoare de către bolnavi datorită contactului neplăcut cu lutul umed care murdăreşte, iar în alte cazuri bolnavii sunt atraşi de aceste activităţi datorită rapidităţii cu care se obţine produsul finit.

Olăritul şi modelajul se folosesc în recuperarea paraplegiilor şi hemiplegiilor, afecţiunilor motorii, deficienţelor mintale. Nu este indicată reumaticilor, din cauza folosirii apei la modelare.

3. Pirogravură, tâmplărie, dulgherie şi sculptură în lemn

Sunt activităţi, prin esenţă bărbăteşti, care necesită adresabilitate clară şi forţă, şi în care uneltele permit omului să domine materialul, fiind folosite atât în ergoterapia membrelor superioare, cât şi în cea a membrelor inferioare.

Printre avantaje, amintim posibilităţile de adaptare a uneltelor la persoanele handicapate şi variabilitatea obiectelor obţinute. Sunt indicate în recuperarea bolnavilor paraplegici (în poziţie şezând la masa de lucru pentru fixarea trunchiului), bolnavilor tetraplegici şi bolnavilor hemiplegici (membrul superior valid execută mişcarea, în timp ce membrul lezat ajută la ghidare).

În ceea ce priveşte sculptura în lemn, alături de celelalte activităţi amintite mai sus, poate fi folosită ca metodă ergoterapeutică în deficienţa psihică.

În cazul ergoterapiei, la copii trebuie ţinut cont de importanţa folosirii obiectului realizat de către aceştia cu scopul dezvoltării imaginaţiei, prin mândria creată, având şi o importanţă integratoare.

Aceste activităţi se mai folosesc în afecţiunile osteo-articulare (mai ales ale cotului), în afecţiunile traumatice ale membrelor superioare, în afecţiunile cardio-vasculare, la persoanele vârstnice etc.

4. Ţesutul, tapiţeria, croşetatul, tricotajul, brodatul, macrameul

Războaiele mici şi mari, orizontale sau verticale, simple sau adaptate; tapiseria cu acul sau la război, croşetatul şi tricotajul manual sau la maşină; brodatul sau macrameul pot fi executate de către bolnavii paraplegici atât la pat, cât şi în poziţie şezând, iar la cei tetraplegici în poziţie şezând pentru dezvoltarea trunchiului.

Ţesutul şi celelalte activităţi anexă, predominant feminin, sunt împreună cu tâmplăria, activităţi de bază în recuperarea afecţiunilor traumatice ale membrelor superioare. Mai sunt folosite în reumatologie (război de masă, orizontal sau vertical), la bolnavii cardio-vasculari, la vârstnici etc.

Tapiţeria şi macrameul sunt indicate mai ales în paraplegii şi hemiplegii ce ţin bolnavul la pat, cât şi în bolile cardio-vasculare.

Tricotajul şi broderia au o foarte bună capacitate recuperativă a mâinii şi degetelor, cât şi un impact psihic pozitiv.

Avantajele acestor activităţi rezidă din înfrumuseţarea interiorului unităţilor sanitare din vânzarea covoarelor, a feţelor de masă, bluze, căciuliţe, fulare etc..

5. Sudura şi lăcătuşeria, mecanica şi feroneria

Deşi sunt meserii cu o tentă mai dură, nu sunt contraindicate pentru deficienţii fizici. Ele se pot executa în picioare, aşezat sau pe vine.

6. Strungăria, rectificarea, alezarea, rabotarea sunt manevre ce nu necesită un efort prea mare. Sunt contraindicate în anumite deficienţe ale membrelor superioare şi ale coloanei vertebrale. Nu sunt indicate nici la persoanele cu membre inferioare sensibile, datorită statului în picioare pe o lungă durată.

7. Frezarea şi debavurarea presupun munca în picioare şi cu utilizarea (uneori) a ambelor mâini. Sunt contraindicate în deficienţele funcţionale grave ale membrelor superioare.

Meseriile de prelucrare a metalului, enumerate mai sus (5,6,7), presupun forţă musculară, şi de aceea pot contribui, cu anumite rezerve, la recuperarea membrelor superioare şi a celor inferioare (manipularea de pedale, pârghii). Pentru alegerea uneia sau mai multor activităţi dintre acestea, trebuie să se ţină cont de aptitudinile subiecţilor, făcându-se apel la capacitatea restantă fără a solicita prea mult segmentul deficitar fiziologic sau anatomic.

8. Muncile de birou (desene tehnice sau industriale, calculatoare, contabilitate, dactilografie etc.)

Acestea sunt munci sedentare ce nu cer eforturi fizice şi nu sunt recomandate doar în deficienţele grave ale membrelor superioare, în special ale mâinilor. Sunt indicate în cardiopatii, hemofilie, diabet, tuberculoză, paraplegii, tetraplegii (la aceştia din urmă, amintim maşina electrică de scris realizată de englezul Possum şi care este acţionată doar de suflul individului).

9. Mecanica fină, electricitatea şi electronica (optician, ceasornicar, montaj şi depanaj al aparatelor electronice)

Acestea sunt activităţi manuale ce necesită şi o pregătire tehnică specifică, multă atenţie, precizie, îndemânare şi o bună rezistenţă psihică, bună acuitate vizuală, memorie, inventivitate, spirit de investigaţie şi răbdare.

Nu sunt recomandate persoanelor în vârstă, bolnavilor psihici şi infirmilor motor cerebral.

10. Fotografie presupune posibilitatea folosirii atât a membrelor inferioare (acolo unde se poate), cât şi a celor superioare. Se poate utiliza şi de către bolnavii paraplegici şi hemiplegici care pot face fotografii şi developa stând în cărucioare, prin folosirea unor adaptări.

Se recomandă la infirmii motor cerebral şi la alţi deficienţi putând deveni un hobby şi o pasiune, fiind o activitate de prim ordin, ca atractivitate.

Pentru persoanele care au şi posibilitatea developării, aceasta poate deveni o meserie.

11. Tipografia presupune culegerea manuală a literelor, ducând la o recuperare cu un minim de efort.

Dezavantajele acestei activităţi sunt: zgomotul, atenţia concentrată şi statul în picioare.

12. Imprimeria şi gravura în linoleum

Imprimeria, datorită adaptărilor ce se pot face pentru a deveni accesibilă deficienţilor, devine o muncă de grup automatizată care obligă la alegerea gesturilor şi la un ritm bine determinat.

Linogravura şi imprimeria pe pânză, hârtie, carton şi stofă contribuie la corijarea şi dezvoltarea musculaturii membrelor superioare.

Imprimarea cu tampoane reeducă tulburările de coordonare şi contribuie la câştigarea autonomiei.

13. Croitoria

Foloseşte la reeducarea membrelor superioare şi a celor inferioare (maşina de cusut cu pedale). Maşina de cusut electrică poate fi folosită în recuperarea bolnavilor paraplegici. Cusutul manual este indicat pentru copiii traumatizaţi cranian, contribuind la câştigarea independenţei. Cusutul este recomandat şi bolnavilor cardiaci şi reumatici. La deficienţii mai gravi, se foloseşte maşina de cusut electrică cu microcontactor care porneşte şi se opreşte prin simpla atingere a acestuia cu un segment al corpului (frunte, bărbie, deget).

Cusutul cere multă concentrare şi îndemânare, ameliorând tulburările psihice, favorizând inserţia socială şi identificarea feminină.

14. Călcătoria

Se recomandă în bolile reumatismale şi hemiplegii, necesitând în plus, faţă de croitori, obligaţia de a aşeza fierul de călcat pe suportul propriu (mişcare din încheietura mâinii), cât şi statul în picioare.

15. Cizmăria

Necesită mişcări de precizie, dar şi forţă musculară. Este o activitate tipic bărbătească ce se execută în poziţie şezând. Este folosită, în special, la recuperarea bolnavilor paraplegici.

16. Marochinăria, legătoria şi cartonajul

Sunt utile în cazul tetraplegicilor, cu ajutorul unor dispozitive adaptate stării fizice a persoanei de recuperat.

Asigură, pe de-o parte, antrenamentul bolnavilor şi ,pe de altă parte, posibilitatea de a se produce obiecte utile care oferă bolnavilor satisfacţia muncii lor.

Cartonajul este recomandat în cazul vârstnicilor, tetraplegicilor, cardiacilor, reumaticilor. Este o activitate de grup care utilizează o gamă largă de tehnici, de la simplu la complex.

Aceste activităţi sunt indicate nevăzătorilor, ele practicându-se şi în ateliere protejate.

Ergoterapia la deficienţii neuromotori

Terapiile pot fi predominant medicale sau psihopedagogice. Dar, mai eficientă este îmbinarea celor două categorii.

Terapiile medicale privesc mijloacele culturii fizice medicale, şi se aplică simultan sau consecutiv tratamentului medical. Ele cuprind exerciţii fizice, special selecţionate şi sistematizate, în tehnici adaptate fiecărui handicap în parte. În acelaşi timp, se folosesc o multitudine de mijloace de tip masaj, fizioterapie, balneoterapie, climatoterapie ş.a.

Indicaţiile ce trebuie avute în vedere se circumscriu principiului „primo non nocere" (în primul rând să nu faci rău), şi respectă demersul gradării şi dozării efortului, a spiralei de la uşor la greu, de la cunoscut la necunoscut, a consolidării rezultatelor obţinute prin exersare.

Dar înainte de toate, subliniem că nu trebuie ignorată ideea folosirii tuturor mijloacelor, pentru a asigura prevenirea instalării deficienţelor, prin alcătuirea unui regim igienic de viaţă şi de muncă, dirijarea regimului de alimentaţie, prevenirea suprasolicitărilor şi instalării oboselii, folosirea factorilor de mediu (apa, aerul, soarele) şi a exerciţiilor fizice, într-o îmbinare armonioasă şi echilibrată, care să faciliteze o dezvoltare deplină.

În cazul bolnavilor acuţi, din secţiile de neurologi, se pune accent pe solicitarea diverselor funcţii nervoase şi a unor anumite grupe de muşchi. De exemplu, pentru cei cu pareze la membrele inferioare se vor utiliza dispozitive care să solicite musculatura acestor membre (pedale), iar pentru cei cu pareze ale membrelor superioare se vor folosi mişcări globale (olăritul).

Membrele superioare sunt responsabile de efectuarea celor mai importante operaţiuni musculare - prehensiune, presiune, tracţiune, respingere. La aceste membre se remarcă atât dexteritatea digitală, cât şi coordonarea motrică completă. Ergoterapia oferă o gamă largă de activităţi fizice şi intelectuale, alese în raport de handicap şi de preferinţele bolnavului (ex., prelucrarea lemnului). Ergoterapeutul canalizează activitatea bolnavului pentru utilizarea maximă a gesturilor reeducative. De aici rezultă că bolnavul devine mai activ când vede că eforturile lui se materializează sub forma unui obiect (D.V. Popovici, Raluca Matei, 2005).

O dată ce bolnavul este capabil să efectueze mişcări fine şi diferenţiate, se continuă cu procedee mai complexe (montarea unor dispozitive mecanice).

Ergoterapia pentru bolnavii cronici, ca metodă profilactică şi curativă în tulburările de comportament provocate de dezechilibrul psihic ce survine de obicei la aceşti infirmi motor, urmăreşte utilizarea raţională a capacităţii de acţiune a individului, cât şi recalificarea profesională. Se foloseşte o serie de aparate adaptate la nevoile specifice ale deficientului. Se ţine seama de natura invalidităţii, de cauza acesteia, de interesul şi aptitudinile deficientului pentru activitatea sa de muncă şi de capacitatea sa de reinserţie în familie şi societate. La această muncă de recuperare, este necesară participarea, în colaborare a personalului medico-sanitar, a personalului pedagogic de instruire, a psihologului, logopedului, terapeutului ocupaţional şi ergoterapeutului, cât şi a familiei şi colectivităţii în care trăieşte deficientul (**Al. Popescu**, 1993).

Referitor la aceste categorii de bolnavi, se poate interveni cu succes, folosind atât terapia ocupaţională şi ergoterapia, cât şi autoeducarea. Atelierele ergoterapeutice vor avea un profil metalurgic, de montaj, lucru manual, pictură, sculptură, olărit, croitorie, tipografie etc. La acestea, se adaugă cabinetul pentru autoeducare, cabinetul pentru testarea şi exercitarea capacităţilor mintale (vorbire, scriere, citire etc.) – (**Al. Popescu**, 1993).

În recuperarea copilului neuromotor, se vor folosi jucării şi cărţi, înotul, aparatele fixe şi mobile de agrement, bazine cu mingi de plastic etc.. Aşa cum am menţionat şi mai sus, un rol important, şi în cazul acestor categorii de bolnavi, îl are terapia prin joc. Se porneşte de la afirmaţia făcută de J. Chateau (1950) conform căreia copilul se joacă pentru a obţine plăcere gratuită, fără un scop clar. Primele jocuri care produc plăcere copilului sunt derivate din contactele fizice simple (gâdilare, ghemuire, mângâiere); jocuri vizuale (ascundere, mişcare a ochilor, a capului); jocuri colective (a căuta, a vorbi, a şopti, sunete produse prin mijlocirea limbii şi a buzelor). Sunt, de asemenea, importante

şi jocurile gălăgioase, cum ar fi: mototolirea unei coli de hârtie, mestecarea cu o lingură în ceaşcă, bătutul în tăvi cu tacâmurile pentru ca ceilalţi copii să se poată interesa de sunete şi să le poată înţelege, ierarhizându-le pe categorii şi asociindu-le cu obiectele ce le emit, producând astfel o dezvoltare a sensibilităţii senzoriale auditive, a capacităţilor mnezice, a funcţiilor de ordonare mentală etc..

În recuperarea bolnavilor neuromotori, un loc important îl deţine psihokinetoterapia, ca modalitate complexă de recuperare a acestor bolnavi. Iniţiat, experimentat şi validat la dispensarul policlinic – balnear Nicolina din Iaşi, în colaborare cu Spitalul de psihiatrie Socola, acest program urmăreşte recuperarea funcţională a deficienţilor psihomotori cu implicaţie specială asupra membrelor superioare. Această modalitate presupune investigarea potenţialului aptitudinal psihomotor restant, apelându-se la instrumente de investigare a personalităţii din punct de vedere bio-psihosocial, la instrumente ergonomice a serviciului de specialitate cuprinse în „trusa ergonomică de kinetoterapie" (prin care pot fi înregistrate mişcări şi micromişcări).

Metoda urmăreşte educarea şi reeducarea mecanismelor psihologice implicate în executarea mişcărilor şi operaţiilor cuprinse într-o activitate concretă.

Scopul acestei modalităţi îl reprezintă identificarea şi corectarea proceselor necesare integrării socio-profesionale şi are în vedere o prelungire a recuperării şi la locul de muncă, ţinându-se seama de măsura în care operaţiile implicate într-o activitate profesională permit executarea unor exerciţii recuperativ-adaptative. Combinarea acestui program cu terapia ocupaţională şi cu ergoterapia, duce la o eficienţă economică la locul de muncă a persoanei deficiente, ceea ce conduce, la rândul său, la un mai bun echilibru la nivelul personalităţii.

Ergoterapia în deficienţa mintală

Scopul este al integrării şi socializării deficienţilor de intelect. Pentru a îndeplini astfel de scopuri, încă din grădiniţă, activităţile se vor baza pe primele experienţe ale copiilor ca, ulterior, în şcoala ajutătoare să se transmită şi să se urmărească absorbţia de noi cunoştinţe cu un grad de dificultate mai avansat, dar care să nu depăşească posibilităţile comprehensive ale copilului. În şcoala profesională se vor continua activităţile ce au ca scop dezvoltarea de ansamblu a însuşirilor psihofizice ale tânărului cu deficienţe, pentru a înlesni maturizarea personalităţii şi învăţarea unei meserii. Aici este momentul ca educaţia terapeutică să „accepte", pe de-o parte handicapurile, limitele, tendinţele patologice ale tânărului deficient, iar pe de altă parte, să-l ajute pe acesta în vederea dezvoltării compensatorii a unor însuşiri pozitive care să faciliteze o integrare deplină.

Având în vedere acestea, la noi, ca şi în multe alte ţări, deficienţii de intelect sunt pregătiţi pentru meserii ca: zugravi, croitori, vopsitori, ţesători covoare, cizmari, crescători de animale mici, viticultori, agricultori, grădinari, artizani, tâmplari, ceramişti, tapiţeri ş.a.

Prin conceperea utilizării activităţilor desfăşurate şi prin satisfacţia obţinută în urma asigurării condiţiilor de existenţă, chiar şi parţiale, persoana deficientă se plasează într-o stare de echilibru în care adaptarea la condiţiile de mediu devine tot mai bună. Desigur, personalitatea deficienţilor de intelect presupune, ca şi metodologia instructiv–

educaţională, forme de organizare recuperative specifice în care să fie înglobate principii şi strategii integrative, adaptate la caracteristicile subiecţilor care sunt implicaţi în activităţile respective. Astfel de principii şi strategii trebuie să ţină seama de potenţialul psihofizic al persoanei deficiente, dar să cuprindă, în acelaşi timp, o abordare multidisciplinară cu implicaţii în: psihologie, pedagogie, sociologie, medicină şi profesionalizare (E. Verza, 1996).

Ideea de bază a terapiei ocupaţionale şi ergoterapiei este şi în cazul înapoiaţilor mintal, normalizarea. Termenul are aplicabilitate nu doar asupra indivizilor ci şi asupra instituţiilor, asupra întregului sistem de îngrijire. Deci, scopul este de a crea o persoană adaptată – ca principiu fundamental al ergoterapiei. Adaptarea se raportează la normalizare. Relaţia dintre ergoterapie şi normalizare rezidă din specificitatea obiectivelor normalizării. Acestea pot fi sintetizate în următoarele:

- asigurarea, pentru persoana deficientă, a unor condiţii cât mai aproape de normal (să aibă propria cameră sau să locuiască cu un grup mai mic);
- persoana deficientă să trăiască într-o lume bisexă;
- ritmul zilnic al persoanelor deficiente să fie la fel cu al persoanelor normale;
- asigurarea unei ambianţe de lucru diferită de cea în care trăieşte;
- să ia masa într-un mediu familial şi să-şi petreacă timpul liber după propriile preferinţe;
- să aibă parte de un mediu stimulativ, corespunzător vârstei sale;
- tinerii cu deficienţe să încerce unele activităţi şi forme de viaţă ale adultului, urmărindu-se detaşarea acestora de părinţii lor.

În acest sens, instituţia trebuie să îndeplinească unele cerinţe ale normalizării, după cum urmează:

- să fie organizate pe principiul grupelor mici;
- normativele fizice să reducă la maximum facilităţile colective, de exemplu, toaleta, chiuvete, duşuri, dormitoare etc.;
- instituţia să fie situată în mijlocul unei colectivităţi;
- instituţia să nu depăşească parametri privitori la asimilarea de noi membri alături de cei care trăiesc acolo;
- contactele sociale ale instituţiei să fie liber dezvoltate în ambele sensuri;
- cei internaţi în aceste instituţii să-şi petreacă timpul liber de la sfârşitul săptămânii în alte domicilii;
- să se păstreze o legătură permanentă între instituţie şi părinţi sau alte rude ale deficienţilor mintal;
- să respecte legile privitoare la protecţia persoanelor cu deficienţe;
- aportul ONG-urilor.

Principiul care stă la baza procesului de recuperare a acestora este că toţi copii cu debilitate mintală sunt educabili.

Suedia dispune de o reţea pentru recuperare bine organizată şi reprezintă o parte bine definită a sistemului destinat să ofere o instruire completă.

Legea suedeză prevede

- îndrumarea în carieră, sistemul oferind asistenţă pentru orientarea practică, spre ocupaţii;

- îngrijirea la domiciliu, acolo unde este cazul, în funcţie de gradul de handicap;
- vizitarea, de către debilul mintal, a centrelor de recuperare;
- ateliere protejate care cuprind ateliere protejate, munci de birou şi proiecte în aer liber;
- se urmăreşte ca toate comunităţile urbane să dispună de un centru de ergoterapie şi de o secţie de debili mintal la un atelier protejat.

Danemarca este o altă ţară europeană foarte dezvoltată, din punct de vedere al sistemului de instruire a persoanelor aflate în dificultate. Şi această ţară dispune de ateliere protejate, care primesc toate categoriile de deficienţi, deoarece au producţie pe toate domeniile: tâmplărie, lăcătuşărie, legătorie de cărţi, cartonaj, instalaţii, ţesătorie şi artă aplicată, iar remunerarea se face pentru fiecare produs fabricat în parte. Pe lângă aceste ateliere protejate, sistemul oferă şi locuri de muncă individuale, în cadrul unor instituţii publice: muzee, arhive, biblioteci.

Debilul mintal, pentru a da sens vieţii lui, indiferent dacă poate munci sau nu, trebuie să intre în contact cu restul oamenilor. În 1970, o parte dintre debilii mintal erau instituţionalizaţi, iar restul trăiau alături de familii sau în alte forme de habitat (apartamente cu amenajări speciale, pensiuni pentru 8-10 persoane şi pensiuni care devin permanente, pentru pregătirea tinerilor prin ergoterapie).

Ergoterapia în deficienţele senzoriale

În deficienţa de auz, integrarea socio-profesională depinde de o serie de factori subiectivi ce privesc dezvoltarea psihică a subiectului, calitatea şi cantitatea dezvoltării psihice, motivaţia, voinţa, atitudinea şi participarea activă şi afectivă la procesul în care este implicat, cât şi de factori obiectivi, legaţi de cererea şi oferta locurilor de muncă, de calitatea procesului educaţional-recuperativ etc. Educatorul (ergoterapeutul) trebuie să formeze un climat afectiv tonifiant, să înlăture tendinţele frustrante şi anxioase, să determine valorificarea potenţialului psihic, în scopul achiziţionării de abilităţi sociale şi profesionale şi a integrării optime în lumea normalilor.

În condiţiile unei educaţii deficitare, deficientul de auz devine un singuratic, se izolează de lumea auzitorilor.

Demersul integrării sociale şi profesionale se realizează în etape şi trebuie să înceapă încă din perioadele copilăriei mici, în familie, pentru ca mai apoi să continue prin forme specifice şi în instituţii speciale şi, unde este posibil, în instituţii obişnuite (ale normalilor).

Literatura de specialitate menţionează anumite caracteristici ce trebuie avute în vedere încă din perioadele copilăriei mici, în aplicarea terapiei ocupaţionale şi ergoterapiei la deficientul de auz:

- stimularea şi formarea capacităţii de comunicare a copiilor atât prin mijloace verbale, cât şi auxiliare;
- dezvoltarea unor caracteristici ale percepţiei kinestezice, care contribuie la formarea structurilor fonetice ale limbii şi ale scris–cititului prin învăţarea copilului să coreleze sonorul cu pipăitul, cu vibraţiile aparatului fono–

articulator, cu particularităţile suflului de aer în emisia vocală, perceperea mişcărilor buco-maxilo-faciale;
- dezvoltarea percepţiei vizuale şi formarea capacităţilor de imitare a mişcărilor corpului, a feţei, ale gurii, ale buzelor ce se produc în emisia verbală;
- dezvoltarea percepţiilor auditive, prin antrenamente şi exerciţii sau prin amplificarea cu ajutorul protezelor;
- dezvoltarea atenţiei, a capacităţilor de memorare, de reproducere, de motivaţie pentru activism prin joc, scene mimate, desene, plimbări;
- dezvoltarea psihică generală;
- formarea încrederii în sine etc.

La deficienţii de vedere, observăm, în literatura de specialitate, două orientări în ceea ce priveşte educarea lor. Prima, mai veche, emite ideea că deficienţii de vedere trebuie educaţi şi instruiţi în clase speciale cu o metodologie specifică, iar integrarea în viaţa socială se va realiza treptat. A doua direcţie susţine ideea de „normalizare", din care rezultă caracterul „integraţionist" pe principiul că pregătirea trebuie să se efectueze paralel şi în colective cu subiecţi normali, integrarea făcându-se încă de la început, din perioadele timpurii de vârstă. Cu toate acestea, se menţin, în bună măsură, forme de pregătire şcolară în instituţii speciale. Şi la noi sunt şcoli speciale primare şi gimnaziale pentru elevii ambliopi şi nevăzători, ca şi unele şcoli profesionale şi medii-tehnice ce asigură o pregătire adecvată, adoptând o metodologie specială în procesul instructiv educativ.

În şcolile profesionale şi medii-tehnice, deficienţii de vedere (în mod special nevăzătorii) sunt pregătiţi pentru exercitarea unor profesii în care reuşesc să dea un randament maxim şi în care îşi găsesc o deplină satisfacţie. Dintre aceste meserii, menţionăm următoarele: masori, asistenţi medicali, prelucrători mobilă, telefonişti, radiotelefonişti, acordori de instrumente muzicale, confecţioneri de perii şi mături, obiecte din nuiele, nasturi, ambalaje din carton, tapiţeri, plăpumari şi altele. În acelaşi timp, sunt mulţi nevăzători care absolvă o formă sau alta de învăţământ superior (alături de colegii lor normali) şi care realizează chiar performanţe superioare în domeniul respectiv.

Pentru a obţine rezultate bune în instrucţia şi educaţia copilului deficient de vedere, este necesar, aşa cum am mai precizat, să se facă o investigaţie psihologică complexă la început, iar apoi, pe baza datelor obţinute, să putem aplica, pe lângă o instrucţie şi educaţie, adaptate handicapului şi profunzimii acestuia, o serie de psihoterapii care să accelereze procesul recuperativ.

În surdocecitate, ca handicap asociat, datorită asocierii surdomutităţii cu cecitatea se produc grave perturbări în existenţa individului, deoarece perceperea lumii înconjurătoare şi comunicarea cu aceasta se restrânge la un număr minim de canale. La orbul surdomut sunt afectaţi principalii analizatori: văzul, auzul şi cel verbo-motor. De aceea, socializarea şi dezvoltarea psihică presupune adoptarea unor programe educaţionale care să valorifice, maximal, analizatorii valizi şi să determine compensarea acelor funcţii specifice analizatorilor afectaţi. În educarea unui copil cu dublu sau triplu handicap, este foarte importantă perioada în care se produce afecţiunea, deoarece un copil cu polihandicap din naştere sau la scurt timp după, nu are reprezentări vizuale şi auditive şi nici deprinderi de vorbire care să se consolideze în mod obişnuit.

Procesul educaţional-recuperativ, cât şi activităţile de terapie ocupaţională şi ergoterapie se bazează pe posibilităţile de preluare a funcţiilor afectate de către analizatorii valizi şi dezvoltarea unor capacităţi prin intermediul acestora care să facă posibilă umanizarea şi comunicarea cu lumea înconjurătoare. Se formează mai întâi obişnuinţe pentru satisfacerea normală a trebuinţelor biologice şi igienice, apoi deprinderi de recepţionare a semnalelor din mediu, în vederea raportării la cei din jur. Mai târziu, stimularea reflexului de orientare şi elaborarea intereselor de cunoaştere se face prin formarea şi menţinerea unor reflexe condiţionate. După parcurgerea cunoaşterii nemijlocite a obiectelor, se trece la elaborarea imaginilor şi la realizarea unor reprezentări pe baza percepţiilor. Activitatea practică rămâne dominantă pentru semnificaţia relaţiei organism-mediu. În dezvoltarea capacităţilor senzorial-perceptive şi în organizarea cunoaşterii se respectă legităţile secvenţiale de detectare, discriminare, intensificare şi interpretare.

La copii orbi-surdo-muţi, explorarea mediului înconjurător, prin plimbări şi excursii, permite cunoaşterea reală a obiectelor, concomitent cu învăţarea numelor acestora (educatorul scrie cuvintele în palma copilului). Folosirea gesturilor este importantă.

În surdocecitate, metodologia educaţională implică următoarele etape:

- cunoaşterea nemijlocită a lumii înconjurătoare;
- însuşirea gesticulaţiei;
- formarea capacităţii de folosire a semnului dactil;
- formarea deprinderii de citire şi scriere;
- formarea capacităţii de comunicare verbală.

Este important, de asemenea, climatul afectiv, atmosfera tonifiantă, stimularea atitudinilor pozitive şi efortul constant.

În general, în handicapurile senzoriale, pot fi aplicate o mare parte din activităţile de terapie ocupaţională şi ergoterapie (pirogravură, croitorie, tâmplărie, confecţionări de coşuri din nuiele, activităţi agro-zootehnice, olărit etc.). Este important să se ţină cont de tipul handicapului şi de posibilităţile de raportare la diverse munci ale deficientului. Foarte importante sunt şi plimbările şi contactele nemijlocite cu diverse obiecte, în câştigarea independenţei şi autonomiei.

Se pot, de asemenea, aplica în grupul terapeutic cu deficienţi senzoriali şi tehnici neverbale şi semi-verbale de grup pentru exersarea semnificaţiei gestuale, mimice, verbale, expresive ce duc la o bună şi benefică exteriorizare a emoţiilor (**Anca Rozorea**, 1998).

Mimodrama are scopul învăţării unor expresii mimice şi gestuale corespunzătoare anumitor acţiuni şi situaţii. Ea stimulează memoria şi atenţia şi susţine, intuitiv, reprezentările la deficientul de vedere.

Artterapia, mai ales prin creativitatea artistică, dezvoltă vocabularul şi vorbirea şi stimulează imaginaţia.

Muzica (meloterapia), mai ales în deficienţa de vedere, dezvoltă capacităţile de apreciere a timpului (ritmul), a distanţelor în orientarea spaţială (după locul de unde se aude şi intensitatea sunetului), are rol de relaxare.

Psihodrama are rol de exersare a raportării şi relaţionării cu ceilalţi, de organizare şi control atitudinal.

Elemente de artterapie

Prin artterapie înţelegem terapie vizual plastică, terapie muzicală, terapie prin dans, terapie prin teatru, terapie prin poezie, terapie prin proză–basme, poveşti.

Funcţiile artterapiei

Artterapia este o modalitate psihoterapeutică specifică „pusă la dispoziţia persoanei pentru a se cunoaşte, pentru a se face faţă dificultăţilor vieţii cotidiene şi pentru a surmonta aceste dificultăţi" (**V. Preda**, 2003, pag. 22).

Artterapia se bazează pe funcţiile sale creative (funcţia fizionomică, funcţia de manevrare şi de generalizare a formelor, funcţia simbolistică) (Rodriguez, Troll, 2001, pag. 137).

Funcţia fizionomică se referă la tot ceea ce dă expresie şi valoare emoţională unei forme. Este asemănătoare personalizării anumitor obiecte de către copilul mic. În exprimarea artistică a persoanelor deficiente sau bolnave psihic, observăm o deformare a schemelor convenţionale prin dizlocarea şi disproporţionalitatea liniilor, structurii obiectului de bază de la care s-a pornit şi imprimarea unor caracteristici psihoemoţionale în produsul artistic realizat.

Funcţia de manevrare şi generalizare a formelor se realizează prin disjuncţii, aglutinare, geometrizare şi reîntărire. Această funcţie se combină cu prima, completându-se reciproc (forma organizează expresivitatea emoţiei, iar emoţia furnizează forme).

Funcţia simbolistică, ca proces primar al formării simbolurilor, constă în forţa emoţională dată de condensarea şi fuziunea imaginilor.

În cadrul artterapiei, atenţia nu se îndreaptă asupra valorii estetice a activităţii artistice ci asupra procesului psihoterapeutic, adică asupra exprimării specifice şi a implicării bolnavului în activitatea imaginativ-creativă, în interpretarea produsului artistic şi a trăirilor afective şi în posibilitatea de a împărtăşi propria experienţă cu art-terapeutul.

Artterapia se bazează pe puterea catartică, expresivă şi relaţională a artei. În cadrul acesteia, emoţiile estetice, împreună cu cele cognitive şi morale, contribuie la restaurarea echilibrului psihic al persoanei (**V. Preda**, 2003).

Valorile artterapiei

Valoarea expresivă este în funcţie de temperamentul, de structura afectivă şi de reacţiile emoţionale, care se transpun în gestul grafic sau pictura subiectului.

Valoarea proiectivă constă în eliminarea cenzurii asupra conştiinţei şi exprimarea artistică a conţinutului intrapsihic, a conflictelor ideo-afective, a emoţiilor, sentimentelor şi espectanţelor.

Valoarea narativă constă în aspectul lucrării artistice care creează prima impresie. Alegerea temei, particularităţile de reprezentare a acesteia sunt strâns legate de experienţa personală a executantului şi creează, la cei care apreciază lucrarea artistică, diverse trăiri afective legate de amintiri fixate în memoria episodică.

Valoarea asociativă provine din obiectivarea unor condensări de semnificaţii, a unor asociaţii de idei şi are efect catartic prin apropierea de imaginaţia onirică (V. Preda, 2003).

Artterapia este numită de unii autori (V. Preda) „psihoterapie prin mediere artistică", deoarece ea este o modalitate terapeutică mediată prin expresie artistică

(poezie, teatru, dans, muzică) şi prin producţii vizual-plastice (pictură, grafică, modelaj, sculptură, colaje).

Scurt istoric

Prima lucrare pe care o putem considera ca aparţinând domeniului artterapiei este cea a lui A. Tardieu (1872) „Etude medico-legale sur la folie" (Studiul medico-legal asupra nebuniei), în care autorul analizează picturile bolnavilor psihici, iar primul muzeu în care au fost expuse operele plastice ale bolnavilor psihici a fost deschis, în 1905, de către A. Marie, de la spitalul din Vilejuif - lângă Paris.

Alte lucrări semnificative pentru începutul acestui domeniu, au fost cele ale lui W. Worringer, W. Kandinsky, F. Mark (1902-1912) referitoare la arta primitivă din secolul XX, la arta populară, la pictura naivă şi la arta copiilor; Paul Meunier (1907) „L'art cher les fous" (Arta la nebuni), în care autorul consideră că maladia mintală interpune o barieră între persoana afectată şi realitate, astfel încât apare „inocenţa creativă" (ca aceea a copiilor sau oamenilor primitivi); Hans Prinzhorn (1922) – „Bildnerei der Geisteskranken" (Expresia nebuniei), cu influenţe deosebite asupra cercetărilor psihopatologiei expresiei.

Prima lucrare asupra artei, văzută ca terapie, este publicată de Adrian Hill în 1945 „Art versus Illness" (Arta versus boală). Hill suţine că a creat termenul de „art-terapie" pentru a descrie activitatea sa artistică din perioada în care a fost bolnav de tuberculoză, activitate ce l-a ajutat în propria recuperare şi pe care o propune şi pentru alte spitale cu diverse categorii de bolnavi (după **V. Preda**, 2003).

Psihiatrul brazilian O. Cezar a publicat, în 1951 în S.U.A., o carte în care clasifica picturile psihopaţilor în patru categorii (după **V. Preda**, 2003):

- desene rudimentare şi automatice;
- artă simbolică şi decorativă;
- neoprimitivism;
- producţii cu caracter „academic".

Fondatoarea art-terapiei din S.U.A., Margaret Naumburg, publică în 1946, împreună cu Edith Kramer şi cu Marie Petrie, lucrarea „Nervous and mintal diseas monographes" (Monografii de boli nervoase şi mintale), iar apoi în 1947 studiul „Free art expression of behaviours disturbet children as means of diacnosis and therapy" (Exprimarea artistică liberă a copiilor cu tulburări comportamentale ca mijloace de diagnostic şi terapie). În aceste două publicaţii, expresia artistică liberă, ca o concretizare a viselor, este ridicată la rang de artterapie. Totul se bazează pe teoria psihanalitică, încurajând desenul spontan şi asociaţiile libere.

Primele ateliere de expresie plastică, coordonate iniţial de J. Delay şi apoi de C. Wiart, au luat fiinţă la Paris în „Centrul de studiu al expresiei", creat de R. Volmat în 1954.

În 1959, s-a desfăşurat la Verona primul Simpozion Internaţional asupra Artei Psihopatologice şi s-a înfiinţat Societatea Internaţională de Psihopatologie a Expresiei, având ca preşedinte de onoare pe Jean Delay şi membri fondatori pe Volmat şi Rosolato (Franţa), Jakab şi Bader (Elveţia), Pero (Italia), Carstairs (Marea Britanie) (V. Preda, 2003).

În 1950, apar în S.U.A. primele programe de formare a artterapeuţilor, iar în 1961 apare publicaţia „American Jurnal of Art-therapy". Acestea au dus la constituirea, în 1969, a Asociaţiei Americane de Art-terapie, care în prezent are peste 4000 de membrii.

În 1964, apare Societatea Franceză de Psihopatologia Expresiei, iar în Marea Britanie, Asociaţia Britanică a Artterapeuţilor.

În 1976, în Belgia, se înfiinţează „Fundaţia Creham" de promovare a activităţilor cultural-artistice ale persoanelor cu handicap, iar în Franţa, Asociaţia Afratapem de cercetări şi programe de învăţământ în domeniul artterapiei. Începând din 1981, se organizează simpozioane internaţionale.

În 1981, a fost creată Asociaţia Artterapueţilor din Quebec (Canada) care a elaborat un cod etic profesional pentru art-terapeuţi.

În 1982, se înfiinţează Fundaţia Asociaţiei Italiene, coordonată de Maria Belfiore, Mimma Della Cagnoletta şi Marylyin Lamonica.

Atribuţiile, calităţile şi rolul artterapeutului

Departamentul de Sănătate Britanic defineşte art-terapeutul ca fiind o persoană ce se ocupă de organizarea de programe pentru activităţi terapeutice artistice cu pacienţii, desfăşurate individual sau în grup. Artterapeutul trebuie să posede o licenţă în urma unui curs de formare, sau în urma unei calificări în art-terapie, asigurată de o instituţie abilitată (după **V. Preda**, 2003).

Artterapeutul trebuie să facă parte dintr-o echipă multidisciplinară, iar reuşita şedinţelor de artterapie este în funcţie de mai mulţi factori care trebuie gestionaţi cu pricepere şi implicare maximă de către orice artterapeut. În cadrul şedinţelor art-terapeutice diversele cunoştinţe teoretice de tip medical, paramedical şi psihologice ale art-terapeutului trebuie valorificate maximal şi transformate în competenţe. Atenţia artterapeutului este necesar a fi îndreptată către un proces terapeutic, spre implicarea pacientului în munca artistică, spre orientarea percepţiei pacientului asupra propriei munci şi nu spre valoarea artistică estetică a produsului terapiei.

Deoarece procesul creativ are la bază o activitate ludică de tip imaginativ, animată de dorinţa de a crea ceva nou, artterapeutul, prin acţiunea sa de sprijinire şi îndrumare-încurajare a pacientului de a-şi exprima emoţiile, sentimentele, trebuinţele, temerile, amintirile şi visele devine un ghid al activităţii terapeutice care se va finaliza prin stimularea potenţialului imaginativ şi creativ, nu doar al pacientului ci şi al său.

Artterapeutul trebuie să efectueze un „protocol terapeutic" în urma diagnosticelor puse de medic şi psiholog. În cadrul acestui protocol sunt cuprinse etapele şi obiectivele terapiei. Terapia se va împărţi pe secvenţe de acţiune şi niveluri de organizare, ţinându-se cont de obiectivele generale şi intermediare. În evaluare sunt foarte importanţi itemii. Itemul este cea mai mică unitate evaluabilă de la nivelul organizării şedinţei de art-terapie. Itemul se raportează la fapte precise, calitative, cantitative şi funcţionale ce pot fi măsurabile. Itemii raportaţi la obiectivele generale sunt itemi generali, iar cei raportaţi la obiectivele intermediare sunt itemi specifici. V. Preda (2003, pag. 44) consideră că itemii au o funcţie dublă:

- teoretică, în care itemul vizează elemente ce determină în mod logic artterapia fiind un suport pentru organizarea şi desfăşurarea şedinţelor;
- practică, în care itemul vizează activitatea în cadrul şedinţelor de terapie.

Aceşti itemi pot apărea pe neaşteptate în cadrul şedinţelor de terapie şi pot

sfida logica teoretică a obiectivelor terapeutice, artterapeutul, fiind necesar să-i consemneze în fişa de observaţie (exemplu „Rafael al pisicilor").

Grupele de artterapie sunt mici (6-10 persoane) sau mari (10-18 persoane). Cu cât grupa este mai mare cu atât obiectivul este mai greu de realizat, fiind necesară o descompunere secvenţială a momentelor activităţii şi o consemnare minuţioasă a acestora în fişa de observaţie.

Forestier (2000, pp. 73-77) propune următoarea fişă de observaţie a derulării şedinţei de artterapie:

I. Generalităţi

- identificarea subiectului/pacientului;
- reperajul şedinţelor (frecvenţă, loc de desfăşurare etc.);
- raţiunile participării la artterapie (cine a luat decizia şi care sunt motivele);
- prezentarea subiectului/pacientului (anamneza, capacităţi şi trăsături fizice, intelectuale, afective, cultural-artistice, gustul pentru artă, comportamentul general, calităţi ale atenţiei – mai ales gradul de concentrare şi stabilitatea atenţiei, aparataj necesar etc.);
- intenţiile sanitare/medicale ale pacientului;
- intenţiile artistice ale pacientului;
- natura şi elementele auto-evaluării subiectului-pacientului (medicale/sanitare, estetice);
- prezentarea artterapeutică (obiective generale, intermediare – dacă este posibil bilanţul medical etc.);
- prezentarea artistică (tehnica dominantă, fenomene asociate, activitatea artistică de nivel I, de expresie(fază de trecere de la spontan la activitate voluntară, orientată spre estetic) sau activitate artistică de nivel II (faza trecerii relative la tehnici ale artei universale), metode vizate, acţional-expresive sau contemplativ, capacitatea estetică);
- măsurarea/evaluarea itemilor de bază şi justificarea alegerii itemilor şi a unităţilor de măsură/evaluare pentru itemii analizaţi, interpretaţi sau resimţiţi.

II. Fenomenul artistic

- impresia (capacităţile şi posibilităţile senzoriale ale clientului/pacientului);
- intenţia: a) orientarea, dorinţa şi voinţa unei cercetări estetice; b) natura expresiei (verbală sau nonverbală; directă sau indirectă; confuză; existenţa intenţiei, dar aceasta este necomprehensibilă);
- acţiunea (punerea în lucru a mijloacelor, metodelor şi a tehnicilor unei activităţi care tinde spre un scop estetic); capacitate de adaptare, de cercetare şi de invenţie a mijloacelor;
- producţia: a) generalităţi: în ce constă ansamblul producţiilor artistice; b) natura acestora: vizuală (de exemplu: arte plastice, scriere, arhitectură, arte florale şi naturale), auditive (de exemplu: muzică instrumentală, muzică vocală), chinestezice şi kinetice (de exemplu: teatru, dans, arte adaptate circului etc.);
- capacităţi estetice (expresia gustului artistic, plăcerea şi emoţia estetică, capacitatea de evaluare critică, coerenţa binelui şi frumosului);

- dinamica dintre activitatea artistică de nivel I şi activitatea artistică de nivel II (capacitatea de a utiliza energia şi plăcerea cât mai profund, pentru a realiza o producţie stăpânită din toate punctele de vedere).

III. Capacităţi relaţionale

- expresia (trecerea de la activitatea instinctivă la activitatea voluntară dirijată);
- comunicarea (raporturile cu altul pentru transmiterea unei informaţii);
- relaţia (principiul unificării cu altul în cadrul activităţii artterapeutice);
- implicaţiile relaţionale: comportamentul general în cadrul relaţiei, metoda (sau implicarea artterapeutului), dinamica (sau implicarea clientului/ pacientului);
- coerenţa dintre elementele relaţiei.

IV. Bilanţul şedinţei de artterapie

- descrierea şi înlănţuirea secvenţelor, a momentelor şedinţei de artterapie;
- aprecierea de ansamblu a şedinţei de artterapie;
- limitele şedinţei de artterapie;
- modificări sau fapte surprinzătoare care au apărut în timpul şedinţei de artterapie;
- apariţia unor itemi practici: natura, condiţiile şi raţiunile interesului pentru aceşti itemi;
- interesul clientului/pacientului pentru activitatea de artterapie;
- importanţa verbalizărilor (comportamentului verbal);
- diverse aspecte care puteau să influenţeze clientul/pacientul.

V. Analiza şedinţei de artterapie

- obiective intermediare (atingerea acestora fiind obligatorie pentru a se atinge obiectivul general);
- piste de acţiune (natura, starea, localizarea şi descrierea situaţiilor dificile);
- nivelul de organizare (nivelurile atinse, natura acestora);
- ţinte (determinarea mijloacelor puse în acţiune pentru atingerea acestor ţinte);
- itemi teoretici şi practici: urmaţi de măsuri (grila itemilor);
- calitatea mijloacelor puse în lucru;
- analiza menţinerii sau schimbării dominantei referitoare la obiectivul major şi analiza raporturilor cu fenomenele asociate;
- erori (natura, cauza, importanţa, efecte produse).

Fişa de observaţie se încheie cu o sinteză şi un bilanţ ce cuprind concluziile referitoare la activităţile desfăşurate în şedinţa de artterapie. Acestea trebuie să fie clare, precise şi concise pentru a putea fi bine înţelese de către toţi membrii echipei pluridisciplinare terapeutice.

Formele artterapiei

Modelajul se poate realiza cu plastilină sau cu lut, şi reprezintă nivelul de bază al exprimării artistice. Se porneşte de la ideea că relaţia şi contactul dintre pacient şi material produc stări afective pozitive de satisfacţie şi confort. Reduce tensiunile psihice interne, canalizându-le spre exterior.

Este necesar a se nota în fişa de observaţie expresiile mimico-verbale din timpul modelajului şi mai ales discuţiile dintre parteneri.

Produsul finit al modelajului, ca metodă artterapeutică generând stare de satisfacţie, întăreşte motivaţia existenţială şi are rol pozitiv asupra schimbării imaginii de sine.

Un rol important îl are şi faptul că modelajul se desfăşoară în grupuri mici, unde este stimulat spiritul de competiţie, ce duce la o bună refacere a echilibrului personalităţii.

Sculptura este una din activităţile eficiente care participă la procesul psihoterapiei. Ea are un rol de decongestionare motrică şi presupune activităţi psihomotrice mai încordate şi susţinute.

Desenul, ca formă a reprezentării, face parte din procesul de dezvoltare a gândirii cu posibilităţi de aplicaţie mult mai largi decât cele oferite de activitatea senzio-motorie. Această contribuţie a funcţiei semiotice asupra dezvoltării gândirii devine posibilă doar în cadrul relaţiei individ-mediu.

Dansul are un rol benefic în eliberarea de sub tensiunea impulsurilor, contribuind la formarea comportamentului social şi având un aport benefic asupra stării de echilibru a persoanei.

Decoraţiunile sunt indicate în terapia persoanelor cu polihandicap şi a deficienţilor fizici. Se pot realiza pe diferite materiale: stofă, sticlă, pietricele sau scoici, os, marmură, pe pereţi întregi, mochete etc.

Acest gen de artterapie este utilizat în corectarea tulburărilor de percepţie a culorilor.

Confecţionarea de jocuri şi jucării, marionete este o activitate ce permite libertatea de exprimare, prin proiectarea trăirilor proprii, solicitând imaginaţia, talentul, simţul estetic şi permiţând descoperirea preferinţelor şi a înclinaţiilor personale. D.V. Popovici (2005) consideră că jucăriile şi jocurile trebuie adaptate pentru a permite o mai bună prehensiune şi pentru a contribui la reeducarea funcţională a anumitor articulaţii, la reeducarea coordonării vizual-motrice şi la tonifierea muşchilor şi articulaţiilor membrelor.

Artizanatul se foloseşte de inspiraţia folclorică, de cultura şi obiceiurile rurale. Este o tehnică destul de complexă, ce permite reeducarea gesturilor, a gusturilor, a mobilităţii articulaţiilor, cât şi educarea simţului estetic (covoare, bluze, căni, linguri pirogravate, obiecte confecţionate din scoici, îmbrăcăminte pentru sticle etc.).

Alte forme ale artterapiei sunt: meloterapia, ludoterapia, dramaterapia, pe care le vom trata în paragrafe distincte.

Ludoterapia

Jocul, considerat de diverşi autori ca fiind fie activitate intelectuală, fie activitate fizică sau o activitate agreabilă, fie ca plăcere gratuită, este o modalitate de relaţie între subiect şi mediu (lumea obiectelor şi a relaţiilor) ce constituie o formă primară a acţiunii umane. El apare ca o formă de organizare a cogniţiei, o cale spre cunoaştere.

Jocul contribuie la dezvoltarea personalităţii copilului, îndeplinind cerinţele învăţării (transformarea, modificarea structurilor şi funcţiilor mintale şi organizarea lor după modelul activităţilor intelectuale).

Folosind surplusul de energie al copilului, jocul este o activitate opusă muncii, dar care îl pregăteşte pe acesta pentru muncă şi pentru viaţa socială.

În literatura de specialitate psihopedagogică s-a pus accent pe rolul jocului în procesul educaţional-terapeutic, precizându-se valoarea sa diagnostică. Astfel, jocul educativ are o forţă predictivă şi una propulsatoare în planul dezvoltării psihice (mai ales la deficientul mintal).

În perioada 1920-1930, având la bază tezele psihanaliste, au fost sistematizate tehnicile terapiei prin joc (C-tin. Păunescu, 1997). În acest sens, amintim de *tehnica orientată*, în care profesorul-terapeut organizează şi intervine terapeutic în desfăşurarea jocului. O altă *tehnică* este cea *neorientată,* care porneşte de la ideea că jocul este un mijloc natural de auto-exprimare, profesorul-terapeut neoferind indicaţii directe.

J. Piaget consideră jocul o activitate de asimilare prin care copilul îşi însuşeşte o multitudine de informaţii, îşi formează reprezentările pe baza percepţiilor, prin transformarea realităţii pe baza unor acţiuni specifice şi complexe.

Dines evidenţiază trei categorii de forme ale jocului-învăţare:

1) *jocul explorator-manipulativ*

Obiectele din mediul înconjurător constituie o sursă importantă de stimulare şi cunoaştere prin intermediul experienţelor de manipulare, de lovire, de zguduire, de distribuire, de organizare a obiectelor (C-tin. Păunescu, 1997).

2) *jocul reprezentativ*

Apare în momentul în care copilul atribuie simboluri obiectelor cu care se joacă, ceea ce denotă şi o mai bună organizare mentală. Datorită limbajului, obiectele pot avea funcţionalităţi diverse, ducând la socializarea activităţilor ludice (**C-tin Păunescu**, 1997).

3) *jocul cu reguli*

Acest joc face parte din categoria jocurilor cu rol şi subiect şi este întâlnit începând cu perioada preşcolară şi continuând până la vârsta a treia. Aceste jocuri conţin numeroase subiecte şi structuri ce sunt transmise de la un copil la altul. Regulile se referă la conduitele de rol şi la obligaţia de a rămâne în rol pentru a permite replica partenerului. Presupune o oarecare disciplină comportamentală, impusă de reguli şi o antrenare a funcţiilor mnezice. Conformându-se acţional regulilor jocului, respectându-le, ei se dezvoltă sub raportul activităţii voluntare, îşi formează însuşirile voinţei: răbdarea, perseverenţa, stăpânirea de sine. Tot în acest tip de joc sunt modelate însuşirile şi trăsăturile de personalitate: respectul faţă de alţii, responsabilitatea, cinstea, corectitudinea etc.

Jocul capătă roluri psihologice tot mai complexe, având funcţii formative, de relaxare (exclusiv expansiv-proiective), funcţia de facilitare a adaptării copilului la aspectele complexe ale mediului înconjurător, funcţia de umanizare (**E. Verza, Ursula Şchiopu**, 1995).

Jocul antrenează dispoziţia, atenţia, perspicacitatea, permite încorporarea de conduite, experienţe, informaţii, dezvoltă capacitatea de relaţionare socială.

Jocul – învăţare se diferenţiază clar de jocul didactic. Acesta din urmă limitează activităţile ludice la consolidarea şi verificarea cunoştinţelor predate. Jocul poate fi conceput ca o metodă de învăţare, de terapie sau ca metodă de investigare psihosocială. El dezvoltă capacitatea de observare şi de analiză, şi, de asemenea, dezvoltă şi aptitudinile de învăţare.

Din toate acestea transpare posibilitatea utilizării jocului ca formă terapeutică, aplicabilă tuturor categoriilor de vârstă. Scopul este acela de a-l scoate pe individ din starea de apatie şi indiferenţă faţă de mediu şi a-l orienta către activităţile de loisir dirijate, pentru a-l putea reintegra din punct de vedere social.

Un model de terapie educaţională complexă integrată, în ceea ce priveşte activitatea ludică, trebuie să pornească de la contextul de modelare socială (şcoala) pentru a putea ajunge la integrare socială. Un asemenea model este necesar să cuprindă trei etape:

- prima etapă, a psihoterapiei prin joc, se referă la complexul terapiilor concepute ca acte educaţionale;
- a doua etapă se referă la programele de învăţare prin joc, ce sunt corespunzătoare fiecărei categorii de terapie;
- a treia etapă se referă la domeniul de aplicare.

Este necesar ca artterapeutul să alăture programului de învăţare materialul educativ în funcţie de tipul de joc şi să acorde o importanţă deosebită imaginilor colorate şi culorilor, cât şi amenajării unor săli speciale de joc şi a unor săli de clasă în sistemul modular cu scopuri multifuncţionale (să cuprindă pe lângă spaţiul de studiu şi pe cel de joacă, pentru abilitatea manuală, pentru bibliotecă).

Jocul didactic

Jocul didactic, în accepţiunea sa pedagogică, (**S. Cristea**, 1998, pag. 256) este considerat „ca metodă de învăţământ în care predomină acţiunea didactică simulată, valorifică la nivelul instrucţiei finalităţile adaptative de tip recreativ proprii activităţii umane, în general, în anumite momente ale evoluţiei ontogenetice, în mod special".

Psihologia jocului evidenţiază importanţa activării acestei metode, mai ales în învăţământul preşcolar şi primar, în cazul copiilor normali, sau integrarea jocului în activităţile recuperativ – educative, la orice vârstă şi în cadrul oricărei categorii de deficienţe în învăţământul special.

Jocul didactic este o activitate accesibilă, care rezolvă una sau mai multe sarcini didactice, îmbinând elementul joc cu tehnicile de realizare a acestor sarcini. Este utilă folosirea jocului didactic, deoarece în cadrul acestuia rezolvarea unei sarcini didactice se realizează printr-o modalitate nouă şi atractivă, având o valoare deosebită în procesul învăţării prin motivaţia intrinsecă ce o creează.

În activităţile ludice, copiii descoperă diverse realităţi şi adevăruri, antrenându-şi capacităţile creative. Folosind diverse strategii euristice, ei fac apel la isteţime, spontaneitate, inventivitate, răbdare, îndrăzneală etc. Buna îmbinare dintre elementul instructiv al jocului didactic cu cel de divertisment, conduce la apariţia unor stări emoţionale complexe, intensificând procesele de reflectare şi asimilare nemijlocită a realităţii înconjurătoare. Una din condiţiile, pentru care jocul didactic să rămână la nivelul de joc, este aceea, că el trebuie să conţină elemente de aşteptare, de surpriză, de competiţie, de comunicare reciprocă şi interrelaţionare între copii. Totodată, în desfăşurarea jocului, copilul poate să-şi verifice cunoştinţele, să-şi exerseze diversele aptitudini şi deprinderi, să se afirme, acestea reprezentând valoarea practică a jocului.

Fiecare joc didactic cuprinde următoarele laturi constitutive: conţinutul, sarcina didactică, regula jocului şi acţiunea de joc (**C-tin Păunescu**, 1997).

- *conţinutul* cuprinde cunoştinţele generale dobândite anterior de către elevi, atât în procesul educativ, cât şi în afara clasei;
- *sarcina didactică* apare de obicei sub forma unei probleme de gândire, de recunoaştere, de denumire, de reconstituire, comparaţie, ghicire, tocmai acest fapt diferenţiind jocurile didactice între ele, chiar şi atunci când au acelaşi conţinut şi făcând posibil ca jocul să-i apară copilului în forme noi, interesante şi atractive;
- *regulile jocului* îndeplinesc o funcţie reglatoare a relaţiilor dintre copii, arătând acestora cum să se joace, cum să rezolve problema respectivă;
- *acţiunea de joc* cuprinde momente surpriză, momente de aşteptare, de întrecere ce sunt plăcute şi atractive pentru copii.

Jocul didactic poate fi grupat după obiectele de învăţământ şi tipul de lecţie. În primul caz ne referim la jocuri folosite la matematică, citire, scriere, dezvoltarea vorbirii, cunoaşterea mediului înconjurător, desen. În al doilea caz, ne referim la jocuri folosite ca mijloc de predare, de asimilare, de sistematizare şi recapitulare a cunoştinţelor.

La copiii cu nevoi speciale, jocul didactic este forma permanentă a procesului de învăţare.

Tranziţia de la joc la artă îşi are începuturile o dată cu perioada jocului simbolic, cu exersarea funcţiilor de simbolizare, de reprezentare, cu povestirile închipuite, fiind vorba de un amestec între acţiune şi vis.

Din punct de vedere psihologic, există numeroase asemănări şi deosebiri între joc şi artă: asemănările – jocul este văzut asemenea artei, ca o eliberare din realitate; şi jocul şi arta izvorăsc pe baza unor tendinţe profunde; deosebirile – în artă imaginile şi sentimentele expresive sunt alese şi organizate.

Jocul contribuie la pregătirea artei dar nu devine artă decât la persoanele înzestrate cu anumite aptitudini şi talent artistic.

Terapia prin artă este legată de plăcerea care o obţine subiectul prin sublimare, deci prin înlocuirea impulsului de a-şi exterioriza fanteziile cu acte de producere a unor echivalenţi pentru aceste fantezii, constând în imagini vizuale. În măsura în care aceşti echivalenţi pot fi înţeleşi de către celelalte persoane, facilitând comunicarea, exprimarea sentimentelor, regăsirea de sine putem vorbi despre creaţii artistice. Freud considera, că în artă imaginea este un substitut, un mod de a exterioriza experienţa de viaţă, pulsiunile erotice, fanteziile sexuale etc.

Meloterapia

Într-un sens restrâns, prin meloterapie înţelegem procesul de recepţie pasivă şi producerea sonorităţilor de rezonanţă în scop terapeutic de calmare, reducere a impulsivităţii şi a tendinţelor conflictuale, contribuind la echilibrul psiho-social al pacienţilor. De asemenea, muzica ajută la scăderea tensiunii arteriale, ajută metabolismul bazal, ritmul respiraţiei, diminuează reacţiile la stres, sporeşte producţia de endomorfine (calmante naturale) şi de imunoglobină salivară, deci într-un cuvânt accelerează procesul de vindecare al pacienţilor (**Al. Popescu**, 1986).

În 1961, mari întreprinderi comerciale şi industriale au introdus muzica în timpul programului de lucru, în vederea optimizării condiţiilor de muncă (**Ursula Şchiopu** – coord. – 1997).

Printre primele cercetări, care au încercat să surprindă impactul pozitiv al muzicii asupra creşterii productivităţii muncii în diverse domenii, menţionăm experimentul efectuat în 1947 pe 42 de femei ce desfăşurau o activitate repetitivă şi continuă şi lucrau în două schimburi. S-a difuzat muzică timp de 13 săptămâni şi apoi s-a comparat productivitatea muncii în zilele cu muzică faţă de cele fără muzică. S-au observat creşteri ale productivităţii în zilele cu muzică, de la 4 % la 25%, cu media de 7% – ziua şi 17% – noaptea.

Un alt test a fost efectuat pe 142 de femei, într-o fabrică de covoare, unde acestea desfăşurau activităţi ce presupuneau deprinderi manuale complexe, memorie vizuală şi discriminare cromatică. S-au difuzat 80 de minute pe zi, timp de 4 zile pe săptămână, durata totală fiind de 5 săptămâni. În acest caz, nu s-au înregistrat modificări de productivitate, dar la un sondaj de opinie efectuat ulterior, muncitoarele şi-au exprimat dorinţa de a asculta în continuare muzică în timpul programului de lucru.

Ca un corolar, se evidenţiază faptul că muzica are un rol mai stimulativ şi mai energizant pentru munca depusă în condiţii repetitive şi monotone în comparaţie cu activităţile ce presupun anumite abilităţi vizo-motrice, o atenţie sporită, o fină discriminare cromatică.

Muzica stimulează, produce energie, alină durerile, contribuie la dezintoxicarea tabacică şi alcoolică, ne influenţează gândurile şi sentimentele, raţiunea şi activitatea. Prin muzică se poate realiza coeziunea de grup şi deci antrena bolnavii la tratament. În ceea ce-i priveşte pe bolnavii mintal, care se ştie că au tendinţa de izolare, muzica este un punct de plecare pentru restabilirea relaţiilor interumane, prin restructurarea unei forme nonverbale de comunicare. În funcţie de specificul pacienţilor, se selectează diverse tipuri de muzică. Antrenarea în muzică de cor sau în muzică instrumentală are un rol important psihoterapeutic. În acest caz, se folosesc unul sau doi artterapeuţi (profesori-maiştri) cărora le sunt repartizate grupuri mici de persoane aflate în tratament.

În 1977, muzica a fost folosită pentru prima dată în sala de operaţie, pacientul ascultând-o la căşti. Apoi, s-a considerat că muzica poate reduce la jumătate cantitatea de anestezic, în special cu efecte benefice la pacienţii fricoşi.

Ursula Şchiopu (1977) consideră că se pot diferenţia patru categorii de persoane în raport cu muzica:

- cei care agreează, selectiv, anumite feluri de muzică, în scop de relaxare şi la petreceri familiale, spectacole etc.;
- cei care au o cultură muzicală şi colecţionează discuri, se duc la concerte;
- cei care au o cultură muzicală şi cântă la unul sau mai multe instrumente sau din voce;
- cei care creează muzica (compozitorii).

Muzica este o artă, bazându-se pe elementele sale specifice (ritmul, armonia şi melodia) exprimă sentimente şi idei cu ajutorul sunetelor, combinate într-o manieră aparte.

Ritmul creează o rezonanţă diferită, în funcţie de persoană, de vârsta acesteia, de starea de sănătate, de dispoziţia sufletească, de moment sau de nivelul cultural,

rezumându-se la caracteristicile mişcării şi la succesiunea accentelor tonice din cadrul unei bucăţi muzicale.

Armonia se referă la îmbinarea melodioasă a sunetelor şi se bazează pe tehnica acordurilor, specifică compoziţiei.

Melodia este rezultatul final al unei creaţii muzicale, ce reprezintă o succesiune de sunete, îmbinate după anumite reguli de ritm şi modulaţie.

Didona Niculcea şi D.V.Popovici (1977) consideră că la individul normal, muzica exercită o multitudine de efecte benefice:

- determină stări afective tonice;
- induce o stare de linişte, reducând stările de tensiune şi de anxietate;
- induce o stare de securitate;
- amplifică tonusul şi rezistenţa la efort;
- facilitează comunicarea între persoane;
- contribuie la dezvoltarea unor funcţii şi procese psihice;
- contribuie la învingerea stărilor de boală;
- ameliorează comportamentul şi socializează individul.

La deficienţii mintal, contează mai puţin nivelul de dezvoltare al aptitudinilor muzicale, deoarece în terapia cu aceste persoane nu se pune accent pe calităţile estetice ale muzicii, scopul principal fiind acela de a stabili un alt tip de comunicare, diferit de cel verbal.

La copiii cu handicap mintal sever, cât şi la cei timizi şi anxioşi, cercetările au demonstrat că instrumentele de percuţie (ţambal, xilofon, tamburi, castanietă) facilitează comunicarea.

La copiii deficienţi mintal hiperactivi, se utilizează meloterapia pentru ameliorarea inhibiţiei voluntare a actelor motorii.

Formele meloterapiei (**Al. Popescu**, 1993):

1) *Forma activă* poate deveni şi exerciţiu fizic (pian pentru mişcarea degetelor, vioara, pentru mâini, degete şi umăr etc.). În principal, constă în activităţi muzicale desfăşurate chiar de către pacienţi, individual sau în grup.

2) *Forma pasivă* constă în audierea muzicii, fie ca fond muzical pentru munca depusă, fie în timpul activităţilor ludice sau a reveriei.

3) *Forma ajutătoare* poate fi folosită în sălile de operaţie, cabinete stomatologice, saloane de TBC, săli de mese, înaintea electroşocurilor sau administrării de insulină.

Într-o primă fază a meloterapiei este important să se efectueze o identificare a tipului de muzică preferată de subiect. În funcţie şi de această identificare, se poate apela la psihoterapie individuală sau colectivă (**C-tin Păunescu şi I. Muşu**, 1990).

Psihoterapia individuală se desfăşoară pe durata a 20-30 de minute de ascultare a muzicii preferate împreună cu terapeutul, în urma căreia având la bază un fond muzical se trece la efectuarea unor asociaţii libere de tip psihanalitic. Audiţia poate avea loc înainte şi în timpul activităţilor de modelaj, de învăţare, înainte şi după întoarcerea din plimbare şi mai ales în perioada de acomodare la colectiv.

Psihoterapia colectivă se realizează prin difuzarea la megafoane a diferitelor tipuri de muzică, în funcţie de perioadele zilei, astfel: dimineaţa, muzică cu ritm alert; în pauze, muzică de dans; seara, muzică lentă, în surdină.

Ca forme ale psihoterapiei colective, amintim:

- muzica instrumentală (grup de 3-4 instrumente sau orchestre) este o formă importantă de muzicoterapie, care are ca scop stabilirea ritmurilor, ritmuri ce stau la baza fenomenului de empatie şi de relaţionare socială. Pasiunea de a cânta la un instrument măreşte şansele de echilibrare socio-morală şi securitate afectivă;
- formaţia corală presupune o comunicare prin voce a subiectului şi nu prin intermediul unui instrument. Această formă dezinhibă persoana şi îi deschide canale importante de intercomunicare;
- participarea la discoteci publice, spectacole, seri de dans dezvoltă anumite comportamente sociale;
- competiţiile artistice reprezintă tehnici de restructurare a relaţiilor interumane şi de integrare socio – afectivă.

Meloterapia şi terapia cognitivă

Cultivarea atracţiei copiilor către tot ceea ce este frumos, se impune a fi începută de la cele mai fragede vârste, când prezentarea unor creaţii muzicale trebuie să fie pe măsura capacităţilor lui de a înţelege (muzica special creată pentru copii).

Pornind de la stimularea corectă a analizatorului auditiv vor creşte calităţile reprezentărilor şi percepţiilor, care la rândul lor, vor influenţa pozitiv toate procesele psihice de cunoaştere şi implicit supleţe, independenţa şi creativitatea gândirii copiilor (**Didona Niculcea, D. V. Popovici**, 1997).

Muzica dezvoltă la copii atenţia concentrată şi distributivă (terapeutul solicită executarea unor mişcări sugerate în textul melodiei), memoria (prin reflectarea experienţelor anterioare, fixare, păstrare, recunoaştere şi reproducere), gândirea logică (prin sporirea calităţii senzaţiilor, percepţiilor, reprezentărilor şi a memoriei) şi imaginaţia (prin vehicularea unor imagini mentale legate de contextul textului muzical).

Meloterapia şi limbajul

O influenţă deosebită a are meloterapia şi în dezvoltarea limbajului.

Meloterapia reglează echilibrul dintre inspir şi expir, dezvoltă auzul fonematic, auzul muzical, pronunţia corectă, facilitează despărţirea cuvintelor în silabe etc.

Unele cercetări au evidenţiat faptul că la copiii care sunt implicaţi în diverse activităţi muzicale se observă o dicţie mai clară (copiii solişti vocali), o vorbire mai clară, o frazeologie mai corectă, o scriere mai ortografică, aceştia având chiar o figură mai expresivă.

D. V. Popovici şi Didona Niculcea (1997, pag. 136) propun trei etape ce cuprind mai multe seturi de exerciţii necesar a fi urmate înainte de etapa propriu-zisă de învăţarea cântecelor:

1) Reglarea echilibrului dintre inspir şi expir (copiii, mai ales preşcolarii, vorbesc în timpul inspir-ului);
2) Dezvoltarea auzului fonematic şi muzical, prin emisii de vocale şi silabe prezentate în diferite combinaţii sub formă de joc şi pronunţate în timpul expir-ului;
3) Realizarea unei bune coordonări între respiraţie, pronunţie şi mişcare.

Meloterapia şi rolul său în integrarea socio-afectivă

Meloterapia, ca educaţie muzicală, permite o mai bună integrare în colectivitate, prin determinarea copiilor de a asculta interpretări personale şi ale copiilor de grup, prin efectuarea anumitor mişcări sincronizate cu ritmul melodiei, deci se îmbunătăţeşte autocontrolul, ordinea şi disciplina copiilor. De asemenea, trăirile pozitive declanşate de muzică contribuie la formarea şi modelarea personalităţii, iar conţinutul educativ al textelor cântecelor lărgeşte orizontul de cunoaştere prin fixarea şi ierarhizarea mentală a cunoştinţelor despre natură, fenomene, meserii, societate, reguli etc.

Prin practicarea jocurilor muzicale ritmice şi a dansurilor, se dezvoltă mimica, gestica în general, motricitatea copilului.

Muzica va corespunde întotdeauna nevoii spontane de joc, mişcare şi relaxare a copiilor, care prin ea, îşi vor dezvolta sentimente estetice, vor fi mai sociabili şi mai generoşi, mai afectuoşi şi mai dinamici, contribuind la o „frumoasă” dezvoltare a societăţii în ansamblu.

D. V. Popovici şi Didona Niculcea (1997, pp. 137-139) sintetizează obiectivele specifice şi particulare ale meloterapiei. Terapia educaţională pune accent pe respectarea acestor obiective ale educaţiei estetice la preşcolari şi la şcolarii mici, şi anume:

- copilul să înţeleagă şi să recepteze frumosul din mediul înconjurător, atât în armonia din natură şi din viaţa socială, cât şi în arte;
- să fie capabil să valorifice frumosul din natură şi viaţa socială în creaţiile proprii.

Obiectivele particulare ale muzicoterapiei impun:

- dezvoltarea capacităţii de diferenţiere a timbrului sunetelor;
- identificarea şi diferenţierea unor surse sonore din mediul înconjurător;
- diferenţierea zgomotelor produse în natură de cele produse de om;
- diferenţierea zgomotelor de sunetele vocale sau instrumentale;
- diferenţierea şi recunoaşterea glasului - cântat sau vorbit - al colegilor sau educatorului;
- identificarea unor instrumente muzicale.

Dezvoltarea auzului muzical şi a culturii vocale presupune:

- ascultarea şi reproducerea unor scurte fragmente ritmico-melodice din cântecele învăţate;
- intuirea intensităţii contrastante (tare-încet) şi a tempourilor contrastante (repede-rar), prin jocuri muzicale;
- intonarea unor cântece cu respectarea cerinţelor unei respiraţii corecte, a emisiei vocale şi dicţiei corecte a textelor acestora;
- diferenţierea intensităţii sunetelor;
- recunoaşterea şi reproducerea sunetelor înalte-joase;
- diferenţierea duratei sunetelor lungi-scurte şi reproducerea lor;
- audierea şi reproducerea selectivă a unor fragmente muzicale;
- aprecierea unei melodii, interpretarea proprie şi a celorlalţi;
- receptarea muzicii în mod afectiv şi redarea trăirilor adecvate;

- corelarea sunetelor simple/complexe cu anumite imagini din natură sau create imaginativ;
- alegerea/imaginarea unor secvenţe muzicale ce ar corespunde diferitelor stări afective sau situaţii.

Formarea şi dezvoltarea abilităţilor ritmice se realizează prin:
- reproducerea unui ritm sau asocierea la un ritm dat cu bătăi din palme, braţe, picioare, diferite obiecte sau instrumente muzicale;
- intuirea diferenţelor de durată dintre sunetele muzicale (sunete lungi – sunete scurte);
- intuirea, cunoaşterea, reproducerea succesiunii timpilor accentuaţi;
- sesizarea, cunoaşterea, reproducerea nuanţelor şi a tempourilor;
- consolidarea deprinderilor de a acompania cântecele prin mişcări sugerate de text ori de linia melodică;
- exprimarea prin mişcări ritmice, de dans, a unor stări sufleteşti, ori situaţii;
- sesizarea, recunoaşterea, reproducerea simultană şi alternativă a timpilor accentuaţi/neaccentuaţi.

Formarea şi dezvoltarea abilităţilor melodice presupune:
- diferenţierea intensităţii sunetelor;
- recunoaşterea şi reproducerea sunetelor înalte şi joase;
- diferenţierea şi reproducerea duratei sunetelor lungi şi scurte;
- sesizarea, recunoaşterea şi reproducerea nuanţei şi a tempoului unei melodii;
- discriminarea timbrului fiecărui instrument muzical;
- intonarea expresivă individual şi sincronic în colectiv;
- exersarea deprinderilor de bază ale audiţiei, înţelegerii şi interpretării cântecelor.

Formarea şi dezvoltarea deprinderilor de nuanţe şi tempo cuprinde:
- perceperea şi reproducerea, în interpretare, a variaţiilor de intensitate (tare, încet, potrivit) şi în tempo (rar, repede);
- înţelegerea şi recunoaşterea caracterului specific al diferitelor cântece şi melodii – vesel, trist, duios – şi integrarea interpretării în caracterul specific al cântecului;
- conştientizarea conţinutului cântecelor şi interpretarea lor expresivă.

Formarea şi dezvoltarea deprinderilor ritmice-melodice:
- asocierea unor mişcări sugerate de textul cântecului, al unui joc muzical ori melodie instrumentală;
- reproducerea unor mişcări ritmice, de dans, care exprimă situaţii şi emoţii;
- recunoaşterea şi reproducerea unor cântece pentru copii, din creaţia de muzică populară şi cultă;
- executarea după model sau creativ a unor fragmente sau melodii, vocal sau la un instrument muzical.

Pentru asigurarea eficienţei educaţiei muzicale, aceste obiective trebuie adaptate şi concretizate pe grupe de vârstă şi pe nivel intelectual.

Obiectivele particulare pot fi grupate pe grupe de vârstă, astfel la *preşcolari* se va urmări:

- consolidarea deprinderilor elementare de cântat, de a începe cântecul la semnal şi de a cânta sincronizat, de a răspunde comenzilor date de educator;
- formarea deprinderilor de a cânta în grup cântece cu ambitus mai mare, ajungând până la sextă, urmărindu-se omogenizarea şi acordarea vocilor;
- formarea şi dezvoltarea deprinderilor de a deosebi şi reda intensităţi contrastante ale sunetelor (tare-încet) în cadrul jocurilor şi cântecelor;
- consolidarea deprinderii de a percepe, recunoaşte şi deosebi timbrul sunetelor după sursa sonoră care le produce (sunetul clopoţelului, al tobei, al fluierului, trompetei; rezonanţa unui pahar cu apă etc.);
- formarea deprinderii de a percepe, recunoaşte şi reproduce durata şi intensitatea sunetelor muzicale, de a recunoaşte unele cântece doar după ritmizarea unor fragmente ale acestora;
- formarea deprinderii de a executa mişcări sugerate de textul sau melodia unor cântece, urmărindu-se concordarea mişcare – ritm - text;
- cultivarea interesului copiilor în pregătirea unor programe muzicale pentru sărbătorirea unor evenimente, cum ar fi Crăciunul, aniversarea Zilei de 8 Martie etc.;
- familiarizarea copiilor, prin intermediul audiţiei, cu creaţiile muzicale româneşti, culte sau populare, educarea interesului şi a sentimentului de dragoste pentru aceste valori.

Obiectivele urmărite la şcolari se vor diversifica, ţinând seama de evoluţia proceselor psihice, şi se va urmări:

- dezvoltarea atenţiei şi a memoriei auditive, a receptivităţii şi sensibilităţii muzicale;
- formarea şi dezvoltarea deprinderii de a asculta cântece cu un conţinut mai complex şi mai variat, de a asculta piese muzicale vocale şi instrumentale, înregistrări magnetice pe discuri, casete, radio şi tv;
- formarea deprinderii de a interpreta corect, expresiv, în colectiv sau individual, cântece cu ambitus ce poate ajunge până la octavă;
- dezvoltarea deprinderii de a pronunţa clar, corect şi expresiv textul cântecelor;
- consolidarea deprinderilor de recunoaştere şi redare a unor cântece la cerere;
- consolidarea deprinderilor ritmice şi melodice;
- consolidarea deprinderii de a executa corect mişcări sugerate de textele cântecelor şi jocurilor muzicale, urmărind sincronizarea cu alţi copii;
- stimularea creativităţii şi cultivarea interesului pentru manifestările artistico-muzicale;
- stimularea copiilor cu aptitudini deosebite, prin orientarea acestora către instituţiile de profil.

În realizarea acestor obiective, foarte importante sunt personalitatea educatorului şi particularităţile grupului de copii. Rolul educatorului este de a selecţiona conţinutul ce va fi predat, pentru a putea atinge obiectivele cât şi aplicarea adecvată a strategiilor care să conducă la înţelegerea şi asimilarea acestor conţinuturi.

În final, prezentăm selecţia unor creaţii muzicale în funcţie de tulburările psihice (după **V. Preda**, 2003, pag. 141):

1. În cazurile de *tensiune nervoasă*:
- „Nocturna a V-a”, de Chopin
- „Uvertura la Parsifal”, de Wagner.

2. *Pentru relaxare*: sunt indicate piesele muzicale cu ritm lent, constant, cu o structură melodică relativ monotonă (dar nu de genul zumzetului), precum şi ritmurile asiatice specifice Extremului Orient, Orientului Apropiat şi Indiei.

Pentru relaxare şi destindere sunt indicate şi următoarele piese:
- „Requiem”, de Faure;
- “Apocalipsul animalelor, Cântecele naturii” (Ciripitul păsărilor, murmurul izvoarelor, valurile mării), de Papatanasiu;
- „Sonata pentru flaut, alto şi harfă”, de Debussy;
- Prolog la „Frumoasa din pădurea adormită” de Ceaikovski;
- „Concertul nr.4 pentru vioară şi orchestră în re minor” de Paganini;
- „Simfonia cu orgă nr.3 în do minor” de Saint-Saens.

3. *Pentru calmare:*
- „Concertul nr.5 pentru pian şi orchestră (Imperialul)”; Adagio din „Sonata pentru violoncel şi orchestră în sol minor”, de Beethoven;
- Adaggio din simfonia „Lumea nouă”, de Dvorak;
- „Simfonia nr.3”, de Mahler;
- Psalmul din „Laudito Dominus”, de Monteverdi;
- „Rosamunda”, de Schubert.

4. *În surmenaj*:
- Poemul „Vltava”, de Smetana.

5. *În cazurile de insomnie*:
- „Reverie”, de Schuman;
- „Ave Maria”, de Schubert;
- „Primul şi al doilea preludiu” din „Clavecinul bine temperat”, volumul I, de Bach
- „Concertul pentru pian şi orchestră nr.21”, de Mozart.

6. *Pentru atenuarea sau eliminarea tristeţii profunde*:
- „Concertul pentru pian în re minor”, de Mozart;
- „Recviemul”, de Mozart;
- Prima parte din oratoriul „Creaţiunea”, sonatele pentru pian şi ultimele simfonii de Haydn;
- Prima parte din Simfonia a VIII-a „Veni Creator Spiritus”, de Mahler.

7. *În terapia stărilor conflictuale şi depresive*:
- „Clar de lună", de Debussy.

8. *În combaterea migrenelor*:
- Uvertura „Fidelio", de Beethoven;
- „Un american la Paris", de Gershwin;
- Opera „Don Juan", de Mozart.

9. *Pentru stimularea atenţiei şi memoriei şi în caz de surmenaj intelectual*:
- „Fugile", de Bach.

10. *Pentru sporirea eficienţei învăţării*, sunt recomandate concertele în stil baroc, cu ritmuri de tip Adaggio, largetto, largo, piese muzicale al căror ritm se corelează cu ritmul respiraţiei şi citirii ritmice a textului de memorat. În acest sens, specialiştii propun, printre altele, următoarele creaţii muzicale:
- „Concertul în sol minor pentru flaut şi coarde", de Bach ;
- „Sarabanda", din Concertul nr.7 în re minor;
- „Preludiu", din Concertul nr.8 în mi minor;
- „Preludiu", din Concertul nr.9 în la major;
- „Sarabanda", din Concertul nr.10 în fa minor, de Corelli
- „Concertul nr.1 în si major" („Freamătul pădurii şi al izvoarelor"), de Handel;
- „Largo" din „Fantezia dublă în sol major pentru harpă", „Largo" din „Concertul în sol major pentru violă şi coarde", de Telemann;
- „Largo" din „Iarna – Cele patru anotimpuri", de Vivaldi.

11. *Pentru stimularea generală şi creşterea stenicităţii* sunt recomandate:
- Uvertura de la opera „Maeştri cântăreţi" şi „Marele marş" din opera „Tanhauser", de Wagner;
- „Marşul triumfal" din opera "Aida", de Verdi;
- Actul V din opera „Faust", de Gounoud.

Psihoterapia de expresie

Obiectivele psihoterapiei de expresie sunt:
1) perceperea expresiilor şi faptelor culturale;
2) receptarea afectiv-cognitivă a acestora;
3) imitarea şi executarea lor;
4) transformarea lor în activitate proprie;
5) dezvoltarea unor forme de interes, recompensă, motivaţie;
6) selectarea valorilor şi activităţilor de cunoaştere;
7) asigurarea unui sentiment de confort prin aceste activităţi.

Activităţile de expresie (de la pantomimă până la pictură) pot fi privite şi ca modalităţi de investigare a personalităţii. În acest sens, pentru exemplificare, amintim de testul petelor de cerneală (Rorschach).

O semnificaţie specială o are culoarea dominantă şi modul de combinare a culorilor.

Dansterapia

Dansul face parte din psihoterapia de expresie corporală şi ca formă de afirmare, constituie „jocul" de bază al adolescenţilor şi tinerilor, fiind cea mai complexă formă de comunicare prin mişcare (C-tin Păunescu, I. Muşu, 1990).

În acelaşi timp, dansul constituie şi o formă de afirmare şi actualizare a eu-lui biologic şi psihologic, reduce inhibiţia şi generează sentimentul de libertate, antrenând întregul organism din punct de vedere fizic şi psihic. Dansul reeducă comportamentul general (prin ritmicitate şi coordonare), uşurează comunicarea (mai ales dansul în cuplu).

Ca activitate socio-psihoterapeutică, foloseşte tangourile şi valsurile, muzica de dans modernă şi chiar şi cea populară în funcţie de solicitări. Cercetările au arătat că în cadrul spitalelor se întâmplă adevărate minuni de recuperare locomotorie şi comunicare atunci când atracţia faţă de sexul opus se combină cu plăcerea muzicii şi a ritmului (Al. Popescu, 1993).

Dansul în cuplu generează şi dezvoltă o gamă largă de sentimente (prietenia amoroasă, dragostea, respectul, autovalorizarea, schimbarea imaginii de sine, perceperea celuilalt etc.) care umanizează şi socializează individul.

Dansul induce şi o stare de echilibru a personalităţii individului prin descărcarea refulărilor provenite din inhibiţiile social-morale, dar organizarea dansterapiei impune o atentă alegere a eşantioanelor (grupurilor) de subiecţi (pacienţi) puşi în relaţie (**C-tin Păunescu, I. Muşu**, 1990).

Terapia prin desen şi pictură

În cadrul relaţiei dintre individ şi mediu, desenul şi pictura, ca forme ale reprezentării, contribuie la procesul de dezvoltare a gândirii. Prin desen şi pictură se comunică stările interiorizate, ideile, dorinţele, fantezia subiectului.

J. Piaget, citat de Păunescu şi Muşu (1990, pag. 242), consideră că „funcţia semiotică permite evocarea reprezentativă a obiectelor sau evenimentelor care nu sunt percepute actual. Reciproc, ea face astfel posibilă gândirea, oferindu-i un câmp de aplicaţie nebănuit în opoziţie cu limitele restrânse ale acţiunii senzorio-motorii şi ale percepţiei care nu progresează decât sub îndrumarea şi datorită raportului acestei gândiri sau a inteligenţei reprezentative".

În spitale, pictura şi desenul sunt metode recuperatorii foarte agreate de bolnavi, putând fi practicate în orice poziţie fiind nevoie doar de o pensulă, pânză şi culori sau creion şi hârtie. Avantajul este acela că pot fi abordate de aproape toţi deficienţii sau bolnavii care au cât de cât un simţ artistic. Adaptările făcute creionului sau pensulei uşurează foarte mult aplicarea acestor tehnici. Se poate folosi piciorul în pictura şi desenul bolnavilor hemiplegici, gura la bolnavii tetraplegici, iar bolnavii cardiovasculari se transpun atât de bine în activitatea expresivă încât uită de problema personală (**Al. Popescu**, 1993). Pictura se poate efectua în funcţie de suferinţa pacientului şi cu degetul, prin aruncare, pulverizare, tamponare etc.. Picturile inspiră calm sau violenţă, în general starea sufletească în care se află subiectul la momentul respectiv. Deşi desenul este

preferat de subiecţii de toate vârstele, el este indicat, în special, la clasele mici. La această categorie de vârstă este necesar ca desenul să urmeze câteva etape.

În prima fază de utilizare a desenului, ca formă terapeutică, subiectul este introdus într-o sală special amenajată şi lăsat să deseneze fără nici un fel de indicaţie. Nu i se precizează nici măcar faptul că poate să deseneze ce vrea el. Deci, se merge pe ideea desenului liber. Apoi se va trece în faza următoare, la desene cu temă. Tema va fi aleasă în funcţie de programa şcolară şi de specificul colectivului de elevi (de exemplu: şcoala, casa, locul de joacă etc.). Desenul tematic urmăreşte modul de proiectare a copilului, existenţa unor conflicte intrapsihice ale acestuia şi direcţia de compensare-reabilitare (**C-tin Păunescu, I. Muşu**, 1990). În ultima fază a desenului tematic, se introduc teme ce implică posibilităţi de reprezentare grafică a unui grup de activitate, la început (activitatea în clasă, atelier, cules etc.) şi apoi a unui grup în care sunt implicate relaţii sociale afective (părinţi, prieteni, profesori etc.).

C-tin Păunescu şi **I. Muşu** (1990, pag. 247) consideră că „datorită faptului că terapeutul nu face aprecieri estetice de reuşită a desenului se produce mai uşor fenomenul de transfer, situând terapeutul pe locul unui părinte îngăduitor, al unui profesor îngăduitor, care nu pedepseşte, ci înţelege şi acordă libertate".

Având în vedere că în desenele copiilor predomină mişcarea şi culoarea, Francoise Minkowska (după **D. V. Popovici, Raluca Matei**, 2005) distinge trei tipuri de temperament:

- raţionalul, care se complace în abstract, în imobil, solid şi rigid, căruia îi scapă mişcarea;
- intuitivul, care mai mult gândeşte decât simte, care separă obiectele prin contururi precise;
- senzorialul, aplecat spre concret, mai mult simte decât gândeşte, vede lumea în mişcare, în imagini totdeauna vii, se interesează de obiecte familiare ceea ce dă impresia desenului de bogăţie.

„Desenul copilului, şi dialogul adultului cu acesta, dezvăluie structura şi dinamica personalităţii copilului, relaţiile lui afective cu lumea, mişcările de apropiere sau de retragere, care marchează raporturile cu fiinţele sau lucrurile. Desenul şi pictura dau posibilitatea copiilor de exprimare, de structurare şi de dezvoltare a propriei personalităţi."

În atelierul de desen nu există conflictualitate între parteneri, există o bună comunicare, iar atmosfera este calmă şi lipsită de tensiuni.

Desenul şi pictura, culorile în mod special, au şi o valoare diagnostică – teste proiective (Rorschach şi Rosensweig).

Luscher împarte culorile în primare şi secundare, acordându-le multiple semnificaţii. Astfel, culorile primare (albastru, verde, roşu şi galben) semnifică în viziunea lui Max Luscher:

- albastru reprezintă profunzimea sentimentelor, egocetrism, pasivitate, sensibilitate, receptivitate relaţională, linişte, satisfacţie, tandreţe, dragoste, afecţiune;
- verde reprezintă supleţea voinţei, perseverenţă şi tenacitate, fermitate, constanţă şi rezistenţă la schimbări, pasivitate, posesivitate, afirmare şi stimă de sine;

- roşu reprezintă forţa voinţei, activitate nervoasă şi glandulară, invidie, excitabilitate, dorinţă, dominare, dorinţa de a trăi din plin, subiectul este extravertit, activ, ofensiv, competitiv, eficace, autonom;
- galben reprezintă spontaneitate, extraversie, inventivitate, lejeritate, nevoie de destindere, personalitate deschisă, ambiţie, originalitate, bucuria de a trăi din plin.

Culorile secundare sunt derivate din cele primare (negru, gri, maron, violet) fiind legate de anxietatea subiectului, de atitudinile de respingere, de semnificaţia de negare.

Desenul deficientului mintal este rudimentar şi inestetic, iar paleta cromatică folosită este foarte redusă. Spre diferenţă de copilul normal, care foloseşte toate culorile puse la dispoziţie, deficientul mintal utilizează mereu aceleaşi culori. Atunci când se desenează pe sine, o face de obicei cu o singură culoare, maxim două, în contradicţie cu copilul normal care nu foloseşte niciodată mai puţin de două – trei culori.

Una din implicaţiile majore ale culorii o regăsim în procesul de organizare a învăţării şi în elaborarea materialului didactic. Este necesară o respectare drastică a condiţiilor de formă şi fond, de contrast în toate etapele şcolarizării, mai ales în clasele mici. Pentru obţinerea unui contrast optim, se foloseşte albul (pentru fond) şi negrul (pentru contur) ştiindu-se faptul că obiectele de culoare închisă sunt mai uşor percepute şi diferenţiate de ochiul uman. În acelaşi timp, asociaţia cromatică alb-negru îndeplineşte cerinţa neutralităţii (ambele culori sunt acromatice şi nu canalizează echilibrul emoţional în nici o direcţie) cât şi a toleranţei (în cazul solicitărilor îndelungate ale ochilor).

Al. Popescu (1993) consideră că efectele psihologice ale culorilor se pot folosi şi în crearea atmosferei cromatice a sălilor de clasă, a atelierelor, a spaţiului individual de muncă, având ca rezultat reducerea oboselii, stimularea intelectuală, vizuală, crearea bunei dispoziţii, favorizarea activităţii cerebrale etc.

Un rol fundamental îl joacă culoarea şi în elaborarea materialului didactic şi a manualelor şcolare. În acest sens, **C-tin Păunescu** şi **I. Muşu** (1990, pag. 253) consideră ca fiind necesar să se respecte următoarele etape:

- să se evite culorile violente în luminozitate, pentru a nu obosi privirea;
- să înlăture culorile excitante (roşu, portocaliu, galben) pe suprafeţe întinse;
- fondul materialului didactic trebuie să fie realizat într-o singură culoare, iar pentru elementele de detaliu să fie folosite culorile excitante;
- să existe concordanţă între culoare şi obiect (culoarea reprezintă o însuşire intrinsecă a obiectului pentru copil);
- sublinierile în text, conceptele, regulile, definiţiile să se facă cu culori stimulatoare (galben pal, roz, portocaliu);
- relevarea unor aspecte în materialul didactic se va face cu culori vii şi contraste puternice;
- numărul culorilor folosite într-o secvenţă tematică (planşe) nu trebuie să fie mai mare de 7-8, iar detaliile trebuie accentuate;
- în elaborarea materialului didactic, cea mai adecvată este scala culorilor spectrale de bază (roşu, portocaliu, galben, verde, albastru, violet, indigo) combinată cu scala neutră alb-negru.

Desenul şi pictura nu sunt recomandate ca modalităţi terapeutice la persoanele lipsite de talent artistic, la vârstnici şi la cei cu o acuitate vizuală precară.

Aspecte ale relaţiei dintre domeniul terapiei ocupaţionale şi curriculum-ul educaţional pentru elevii deficienţi

Obiectivul fundamental al tuturor formelor de terapie ocupaţională constă în recuperarea personalităţii copilului, în ansamblul ei, indiferent de tipul şi profunzimea handicapului său.

În acest sens, se pune întrebarea „care este relaţia dintre elementele formative şi cele informative în cadrul curriculum-ului educaţional special?"

Considerăm că, pe parcursul derulării diferitelor tipuri de activităţi specifice cu elevii, se întrepătrund aspectele formative cu cele informative, ponderea deţinând-o, însă, în cadrul acestui tip de terapie desfăşurată de educator, elementele de natură formativă.

Spre exemplu, în cadrul activităţilor de abilitare manuală, frecvent desfăşurate de educator, elevul primeşte numeroase informaţii despre materialele cu care lucrează, despre tipul şi calitatea lor, despre modul de întreţinere, care sunt aspecte de tip informativ, pentru ca apoi să-şi dezvolte anumite însuşiri ale mişcărilor: *forţa, viteza, precizia* şi *coordonarea acestora*, care sunt aspecte de ordin formativ, deoarece urmăresc crearea şi consolidarea anumitor deprinderi de mişcare, aparţinând structurii personalităţii copilului.

Adeseori, în cadrul acestor activităţi, se lucrează cu diverse unelte, scule şi dispozitive despre care elevul trebuie să primească, mai întâi, anumite informaţii de ordin general, despre caracteristicile şi modul lor de funcţionare, pentru ca, mai apoi, să fie învăţat să le folosească.

O atenţie deosebită trebuie acordată învăţării folosirii unor dispozitive adaptate, prin care se urmăreşte compensarea unor tipuri de deficienţe senzoriale şi fizice.

Astfel, în exersarea folosirii computerelor adaptate cu tastatura Braille sau cu sintetizator vocal, a protezelor auditive sau a unor dispozitive de mers, se împletesc, întotdeauna, aspectele de ordin informativ, despre caracteristicile, performanţele şi rolul echipamentului respectiv, cu cele de ordin formativ, legate de folosirea lor în condiţii optime.

Seria exemplelor poate continua cu activităţile de expresie plastică şi meloterapie. În cadrul acestor tipuri de activităţi, elevul primeşte, în primul rând, informaţii despre obiectele cu care lucrează: culori, pensule, acuarele, instrumente muzicale etc., pentru ca, în continuare, să realizeze un produs artistic în care se exteriorizează şi se dezvoltă deprinderile, capacităţile şi aptitudinile sale. Specialiştii consideră chiar că anumite forme de arterapie, desfăşurate cu elevii cu deficienţe severe, contribuie la remodelarea personalităţii, realizând detensionarea şi dezinhibarea acesteia, acolo unde lecţia de tip clasic, bazată pe predarea şi acumularea de informaţii, îşi dovedeşte limitele.

La fel se petrec lucrurile şi în cadrul activităţilor de ludoterapie care, mai ales în cadrul formelor lor mai elaborate, ce se bazează pe folosirea jocurilor cu reguli şi roluri şi care presupun, în primul rând, însuşirea unor cunoştinţe generale despre regulamentul de desfăşurare a jocurilor, pentru ca mai apoi acestea să fie exersate în practică.

O problemă aparte o ridică activităţile de cunoaştere, organizate de educator, la care am fi tentaţi să considerăm că predomină, în primul rând, aspectele de ordin informativ. La o analiză mai atentă, luând în considerare că educatorul nu predă în primul

rând cunoştinţe, ci reia, cu alte mijloace şi metode, conţinuturile predate de psihopedagog, putem conchide că activităţile educatorului au un caracter **predominant formativ**. Spunem aceasta pentru că, prin exerciţiile şi demonstraţiile prezentate, acestea contribuie, în primul rând, la consolidarea unor deprinderi şi capacităţi legate de procesul însuşirii cunoştinţelor şi aplicării lor în practica zilnică.

Latura formativă este mai accentuată în cadrul activităţilor de formarea deprinderilor de viaţă cotidiană şi socializare, care pregătesc personalitatea copilului în ansamblul ei, pentru integrarea în cadrul societăţii.

Însuşirea deprinderilor de comportament civilizat, de autoservire, igienă personală şi însuşirea modalităţilor de folosire a aparaturii moderne şi serviciilor din cadrul societăţii reprezintă un obiectiv major al tuturor activităţilor educatorului, cu caracter eminamente formativ.

Din cele prezentate succint, rezultă că educatorul, dar şi psihopedagogul şi logopedul, prin toate formele de terapie organizate prin intermediul unor activităţi diverse, contribuie cu consecvenţă la dezvoltarea funcţiilor şi proceselor psihice ale fiecărui elev, cât şi la cultivarea trăsăturilor sale de personalitate, în ansamblul lor. S-a demonstrat de către psihologi că, temperamentul şi caracterul pot fi educate, cel mai bine, prin intermediul activităţii organizate pe grupuri de elevi, iar aptitudinile şi talentul pot fi puse în evidenţă numai prin intermediul analizei produselor acestora, rezultate în urma activităţii desfăşurate. De aici, decurge importanţa deosebită pe care, în prezent, o au activităţile de terapie ocupaţională.

În cazul elevilor deficienţi mintal, „învăţarea prin acţiune" este superioară tuturor celorlalte forme de învăţare şi creşte în importanţă cu cât profunzimea retardului mintal este mai accentuată.

Din cele de mai sus, rezultă faptul că, în cadrul desfăşurării activităţii de terapie ocupaţională, educatorul desfăşoară o trecere continuă de la aspectele formative la cele informative, cele dintâi deţinând, însă, ponderea cea mai importantă.

În această situaţie în învăţământul special şi integrat românesc, o serie de activităţi din domeniul terapiei ocupaţionale sunt realizate de alte categorii de specialişti – educatori, profesori de psihopedagogie specială, logopezi sau chiar maiştri instructori.

Consideram că există două modalităţi principale de integrare a activităţilor de terapie ocupaţională în procesul instructiv-educativ-terapeutic, din cadrul educaţiei speciale.

Aceste modalităţi sunt:

1. adaptarea curriculară extensivă, care constă în introducerea elevului cu deficienţe într-o serie de activităţi din domeniul terapiei ocupaţionale, care completează curriculum-ul special;
2. elaborarea de planuri educative personalizate, bazate pe activităţi selecţionate din domeniul terapiei ocupaţionale.

Spre exemplu, în cazul elevilor cu deficienţă uşoară şi moderată, pe de o parte curriculum-ul academic al acestora se restrânge pentru a deveni mai accesibil, iar pe de altă parte, poate creşte numărul activităţilor recuperativ-terapeutice, în care aceştia sunt implicaţi.

Enumerăm, în acest sens, o serie de activităţi care fac parte din programele educatorilor din învăţământul special pentru elevii cu deficienţe mintale şi se referă la

socializarea, abilitarea manuală, formarea deprinderilor de viaţă cotidiană şi autonomiei personale şi sociale, ludoterapie şi artterapie.

De asemenea,în cazul elevilor cu deficienţă mintală, prezintă importanţă deosebită şi activităţile de ergoterapie, mai ales cele din domeniul agricol şi zootehnic, meşteşuguri, îngrijirea locuinţei şi cele de preprofesionalizare, concretizate prin operaţii simple şi repetitive, prin care ei învaţă o meserie simplă în mod algoritmizat.

La elevii deficienţi senzoriali, activităţile vor viza, în principal, orientarea spaţială, socializarea, comunicarea (inclusiv prin însuşirea unor limbaje augmentative) sau activităţi practice, destinate pregătirii în profesii adecvate deficienţei respective.

La elevii autisti, capătă din ce în ce mai multă amploare, în prezent, terapia prin intermediul animalelor de companie sau chiar al delfinilor.

La toate categoriile de elevi cu deficienţe, activităţile trebuie alese nu numai în funcţie de tipul şi profunzimea deficienţei, ci şi în funcţie de sexul şi vârsta subiecţilor.

În cazul în care se pune problema integrării educaţionale şi sociale şi preprofesionalizării elevilor cu deficienţe severe sau polihandicapuri, adaptarea curriculară nu este suficientă, datorită gravităţtii handicapului acestora.

În cazul acesta, este necesară realizarea unui program de intervenţie personalizat, care reprezintă, în esenţă, un curriculum propriu. Programul de intervenţie personalizat poate să se bazeze în totalitate pe activităţi din domeniul terapiei ocupaţionale sau poate include numai un plan de intervenţie personalizat, bazat pe activităţi din domeniul respectiv.

În multe dintre instituţiile occidentale, destinate recuperării elevilor cu deficienţe severe sau asociate, curriculum-ul utilizat se bazează în majoritate pe elemente selecţionate din ramurile fundamentale ale terapiei ocupaţionale.

Privit din acest punct de vedere, curriculum-ul capătă o accepţiune diferită de cea pedagogică, putând fi definit ca "totalitatea experienţelor pe care copilul le primeşte la şcoală şi bagajul de abilităţi cu care acesta parăseşte şcoala" (Snell, 1983 *apud* Popovici, D.V., Matei, S. R., 2005, pag. 208).

Acest tip de curriculum trebuie să fie funcţional, adică, aşa cum arată specialiştii americani, să ducă la dezvoltarea autonomiei personale şi sociale şi, în acelaşi timp, să asigure învăţarea unei profesiuni simple, care contribuie în final la creşterea autonomiei individului cu handicap sever, fapt care asigură integrarea sa profesională şi socială ulterioară.

În concluzie, apreciem faptul că la reuşita integrării şcolare şi a pregătirii profesionale a persoanelor cu handicap, contribuie, pe lângă activităţile de ergoterapie şi cele din cadrul celorlalte ramuri ale terapiei ocupaţionale, fiecare dintre ele dezvoltând seturi de deprinderi şi capacităţi cu influenţe mai mari sau mai mici asupra performanţelor profesionale individuale.

Din această cauză, remarcăm faptul că, opţiunea pentru domeniul ergoterapiei sau cel al terapiei ocupaţionale, manifestată în diverse ţări europene capătă o importanţă secundară din moment ce şi ţările care utilizează denumirea de ergoterapie îi acordă acesteia o accepţiune mult mai largă, fapt care o apropie, în esenţă, de funcţiile şi direcţiile de acţiune din domeniul terapiei ocupaţionale, în cadrul procesului recuperativ-terapeutic, destinat persoanelor cu handicap.

BIBLIOGRAFIE:

AEBLI, H., 1973, *Didactica psihologică*, EDP, Bucureşti.

ALLEN, K., EARHART, A., 1992, *Occupational therapy treatment goals for the physically and cognitively disabled,* The American Occupational Therapy Association Inc.

ATHANASIU, A., 1986, *Medicină şi muzică*, Bucureşti, Editura Medicală.

BABAN, ADRIANA, 2001, *Consiliere educaţională, Ghid metodologic*, Cluj-Napoca, Imprimeria Ardealul.

BALTES, P.B., WILLIS, S.L., 1977, "Teward psychological theories of aging and development", *Hanbook of psychology of aging*, New York.

BANGERTER, A., 1953, *Traitement de l'amblyopie*, Charleroi, Héraly.

BARSAN-PESCARU, A., 2000, *Parteneriat în educaţie: familie, şcoală, comunitate,* Bucureşti, Editura Aramis.

BEACH, H. R., 1973, „Teoriile despre personalitate şi terapia comportamentului", în *Orizonturi noi în psihologie* (red. Brian M. Foss), Editura Enciclopedică Română, Bucureşti.

BERGER, K. S., 1980, *The Developing Person,* Broux Community Colege City University of New York, Worth Publishers.Inc.

BLANC, A. , 2006, *Le handicap ou le désordre des apparence*, Paris, Ed. A. Colin.

BRATU, MARILENA, 2009, *Dimensiunea creativităţii în structura personalităţii puberilor şi adolescenţilor cu debilitate mintală*, teză de doctorat, Universitatea din Bucureşti.

BRINZEI, P., 1979, *Itinerar psihiatric*, Iaşi, Ed. Junimea.

BURNS, GEORGE, W., 2001, *101 Healing stories for kids and teens – using metaphors in Therapy*, New York, John Wiley & Sons Inc.

CAZACU-SLAMA, TATIANA, 1957, *Relaţiile dintre gândire şi limbaj în ontogeneză,* Editura Academiei RPR, Bucureşti.

CHARLES, C.M., (2002) *Building Classroom Discipline* 7ed. Allyn and Bacon Boston MA.

CLANCY, H., CLARK, M.J., 1990, *Occupational therapy with children,* Longman Group Limited.

CHATEAU, J., 1950, *L'enfant et le jeu*, Paris, Edition de Scarabee.

COLEMAN, J.C., 1973, "Life stress and Maladaptative Behaviour", in *American Journal of Occupational Therapy*, nr. 27.

CRETU, V., POPOVICI, D.V., 2009, „Existenţa unor ocupaţii în domeniul educaţiei şi protecţiei speciale – condiţie a incluziunii sociale", în *Revista de Psihopedagogie*, nr. 1.

CRISTEA, S., 1998, *Dicţionar de termeni pedagogici*, Bucureşti, E.D.P.

DAFINOIU, I, VARGHA, J. L, 2005, *Psihoterapii scurte: strategii, metode, tehnici*, Iaşi, Editura Polirom – Colecţia Collegium.

DAN M., 2005, *Introducere in terapia ocupaţională*, Oradea, Edit. Universităţii din Oradea.

DAVIDO, R., 1998, *Descoperiţi-vă copilul prin desene*, Ed. Image.

DIDIER, V., DUCHE, J., 1967, *Psychothérapie de l'enfant*, Paris, Ed. Universitaire.

DOLLARD, J. AND MILLER, N. E., 1950, *Personality and Psychoterapy; an analysis in terms of learning, thinking and culture*, New York , McGraw-Hill.

EBERLEIN, G., 1988, *Guide pratique de training autogène*, Paris, Ed. Retz.

ENACHESCU, C., 1973, *Elemente de psihologie proiectivă*, Bucuresti, Ed. Ştiinţifică.

ENACHESCU, C., 1979, *Igiena mintală şi recuperarea bolnavilor psihici,* Bucureşti, Ed. Medicală.

ENACHESCU, C., 2003, *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie,* Bucureşti, Ed.Polirom.

ENOTHE, 2000, *Occupational Therapy Education in Europe – Curriculum Guidelines Hogeschool Van Amsterdam.*

ERIKSON, E. , 1953, *Childhood and Society*, New York, Norton.

EYSENCK, H., 1953, *Uses and Abuses of Psychology,* Harmondsworth, Pengun.

EYSENCK, H., 1960, *Behaviour Therapy and the Neuroses,* Oxford, Pergamon press.

FORESTIER, R., 2000, *Tout savoir sur l'art therapie*, Favre, Lausanne.

GHEORGHIU, V. A., CIOFU, I., 1982, *Sugestie şi sugestibilitate*, Bucureşti, Editura Academiei R. S. R.

GOLU, M., 1993, *Dinamica personalităţii*, Editura Geneze, Bucureşti.

GOLU, P., 1985, *Învăţare şi dezvoltare,* Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

GORGOS, C., 1990, *Vademecum de psihiatrie*, Bucureşti, Ed. Medicală.

HEYER, S., 1990, Lausanne, Edition E.E.S.P.
HOLDEVICI, I., 1996, *Elemente de psihoterapie,* Bucureşti, Ed. All.
HORTON, J. K., KELLER, HELEN, 1990, „L'éducation des élèves déficients visuels dans les écoles ordinaires" UNESCO, în *Cahiers d'éducation speciale*, nr. 6.
IONESCU, G., 1976, „Tratamente psiho-socioterapeutice", în *Psihiatrie*, sub red. lui V. Predescu, Editura Medicală, Bucureşti.
IONESCU, G., 1989, „Psihoterapiile de grup", în *Psihiatrie* (sub red. V. Predescu), Bucureşti, Ed. Medicală, pp. 644-655.
IONESCU, S., 1987, *L'intervention en deficience mentale,* Bruxelles, Piere-Mardaga Editeur Galerie de Princes.
KRAMER, E., 1978, *Childhood and art therapy,* Schooken Books, U.S.A.
LEVINSON, D. J., 1978, *The seasons of a man's life,* New York, Knopf.
LOZANOV, G., 1980, *Suggestologie et suggestopedie. Théorie et pratique,* Rapport final, UNESCO.
MAYER, P. & LOWENBRAUN, S., 1990, „Total Communication use among elementary teachers of hearing impaired children". *American Annals of the deaf,* 135, 257-263.
MIHAILA, I., 1982, *Bazele ştiinţifice şi aplicaţiile ergoterapiei,* Bucureşti, Ed. Medicală.
MITROFAN, I., (coord), 2001, *Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului,* Bucureşti, Editura SPER.
MOORES, D. F., 1996, *Educating the deaf.* Boston, M. A. Houghton Mifflin Co.
MOWRER, O. H., 1950, *Learning Theory and Personality Dynamics,* New York, Ronald Press.
MUŞU, I., TAFLAN, A., (coord.), 1997, *Terapia educaţională integrată,* Bucureşti, Ed. Pro Humanitate.
NICULCEA, D., POPOVICI, D. V., 1997, „Meloterapia" în Muşu I., Taflan A. (1997), *Terapia educaţională integrată,* Bucureşti, Ed. Pro Humanitate.
NEVEANU, POPESCU, P., 1978, *Dictionar de psihologie,* Bucureşti, Edit. Albatros.
PARKER, L. SCOTT, 1985, „*Improving occupational programs for the handicapped*", U.S. Department of health education and wellfare office of education.
PAUNIER, S., 1982, *Ergotherapie – definition, position du probleme,* Paris, Readaptation, nr. 36/1967.
PAUNESCU, C., 1999, *Terapia educaţională a persoanelor cu disfuncţii intelective,* Bucureşti, Ed. All.
PAUNESCU, C., 1997, „Ludoterapia", în Muşu, I., Taflan, A. *Terapia educaţională integrată,* Bucureşti, Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.
PĂUNESCU, C., MUŞU, I., 1990, *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal,* Bucureşti, Ed. Medicală.
PERQUIN, L., JEAN MARIE, ANDRE, FARCY, P. şi colab., 1980, *Ergotherapie,* Paris, Ed. Masson.
PENSO, D.E. *Occupational therapy for children with disabilities.*
PIAGET, J., 1972, *Psihologie şi pedagogie,* EDP, Bucureşti.
PLOZZA, BORIS LUBAN, DIAMANDESCU, I. B., 1997, *Dimensiunile psihologice ale muzicii. Introducere în muzicoterapie,* Bucureşti, Editura Romcartexim.
POPA, M., (2006) „Studiu privind unele aspecte psihoterapeutice şi psihopedagogice ale terapiilor comportamentale", *Revista de psihopedagogie,* nr.1/ 2006 Bucureşti.
POPESCU, AL., 1975, *Ergoterapia, organizare, finanţare, desfăşurare,* Bucuresti, Ed. Medicală.
POPESCU, AL., 1986, *Terapia ocupaţională şi ergoterapia de la eficacitate terapeutică la eficienţă economică,* Bucuresti, Ed. Medicală.
POPESCU, AL., 1993, *Terapie ocupaţională şi ergoterapia,* Bucureşti, Edit. CERMA.
POPESCU-NEVEANU, P., 1978, *Dicţionar de psihologie,* Editura Albatros, Bucureşti.
POPOVICI, D. V., 1986, „Locul si rolul psihomotricităţii în cadrul procesului de educare şi recuperare a elevilor debili mintal", în *Revista de psihologie,* tomul 32, nr. 1/1986.
POPOVICI, D. V., 1999, „Terapie ocupaţională – element central în procesul complex de terapie al stărilor de handicap. Locul învăţării practice în acest proces, studiu" în volumul *Introducere în psihopedagogia şcolarilor cu handicap,* coord. Radu Gh., Bucureşti, Edit. Pro-Humanitate.
POPOVICI, D. V., MATEI, S. R., 2005, *Terapie ocupaţională pentru persoane cu deficienţe,* Constanţa, Edit. Muntenia.
POPOVICI D. V., 2007, *Orientări teoretice şi practice în educaţia integrată,* Arad, Ed. Universităţii A. Vlaicu.
POPOVICI, D. V., 1986, „Locul şi rolul psihomotricităţii în cadrul procesului de educare şi recuperare a elevilor debil mintal", în *Revista de Psihologie,* nr.1.

POPOVICI, D. V., MATEI, R. S., 2005, *Terapie ocupaţională pentru persoane cu deficienţe*, Constanţa, Ed. Muntenia.

POPOVICI, D. V., 1999, *Elemente de psihopedagogia integrării*, Bucureşti, Ed. Pro Humanitate.

PORTALIER, S., 2006, „L'enfant handicapé dans sa famille : des relations complexes pour construire une identité originale", în *Reliance*, nr. 18, Paris.

PREDA V., 2003, *Terapii prin mediere artistică*, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujană.

RACU, A., POPOVICI, D. V., DANI, A., CREŢU, V., 2009, *Intervenţia recuperativ-terapeutică pentru copiii cu dizabilităţi*, Chişinău, Ed. Ruxandra.

RADU, D. I., 2000, *Educaţia psihomotorie a deficienţilor mintal (îndrumar metodic)*, Bucuresti, Ed. Pro Humanitate, Bucureşti.

RADU, GH. (coord.), 1999, *Introducere în psihopedagogia şcolarilor cu handicap*, Bucureşti, Ed. Pro Humanitate.

RADU, GH., 1981, *Imaginea schematică şi simbolul grafic în activitatea şcolară cu handicapatul mintal*, teză de doctorat, Universitatea din Bucureşti.

RADU, GH., 1999, *Psihopedagogia dezvoltării şcolarilor cu handicap*, EDP, Bucureşti.

RADU, GH., 2002, *Psihologie şcolară pentru învăţământ special*, Editura Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.

RADU, GH., 1997, „Specificul tulburărilor dezvoltării la copiii deficienţi", în E. Verza (coord.), *Ghidul Educatorului*, PDC – EU/PHARE, Bucureşti.

RAMAERKERS, J., 1995, *Îmbunătăţirea comunicării prin învăţare structurată (metoda Goldstein)*, Bucuresti, Ed. Alternative.

RIBOT, T., 1998, *La logique des sentiments*, Paris, Ed. L'Hartmattan.

ROCH, L. J., 1976, *Cum să facem exerciţiile senzoriale*, Bucureşti, EDP.

ROSETTI, AL., 1963, *Introducere în fonetică*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

ROZOREA, ANCA şi colab., 2000, „Integrarea elevului deficient de vedere pe coordonata timpului", în *Societate şi handicap*, nr.2/2000, pp. 129-143.

ROZOREA, ANCA, 2001, „A lumina întunericul – metaforă şi realitate, ştiinţă şi artă (I)", în *Învăţământul preşcolar*, nr. 3-4/2001.

ROZOREA, ANCA, 2002, „A lumina întunericul – metaforă şi realitate, ştiinţă şi artă (II)", în *Învăţământul preşcolar*, nr. 1-2/2002.

ROZOREA, ANCA, 2004, „Impactul violenţei mediatice asupra copiilor deficienţi de vedere – aspecte teoretice, de cercetare şi terapeutice (I)", în *Revista de psihopedagogie*, nr.2/2004, Bucureşti, Editura Fundaţiei Humanitas.

ROZOREA, ANCA, 2004, „Impactul violenţei mediatice asupra copiilor deficienţi de vedere – aspecte teoretice, de cercetare şi terapeutice (II)", în *Revista de psihopedagogie*, nr.1/2005, Bucureşti, Editura Fundaţiei Humanitas.

ROZOREA, ANCA şi colab., 2006, „Egalizarea şanselor pentru persoanele cu nevoi speciale – între proiect şi realizare", în *Protecţia socială a copilului*, nr. 23-24/2006, FICE, România.

ROZOREA, ANCA şi colab., 1998, „Muzica şi creierul", în *Ştiinţă şi tehnică*, nr.10, 1998, pp. 36-37.

ROZOREA, A., 1998, *Deficienţa de vedere*, Bucureşti, Ed. Pro Humanitate.

RODRIGUEZ, J., TROLL, G., 2001, *L'art therapie. Practiques, tehniques et concepts*, Paris, Ellebore.

SEDAN, J., 1958, *Postcure de l'amblyopie réeduquée*, Paris, Éditions Masson.

SEN, A., 1978, *Educaţie şi terapie: o viziune educaţională asupra psihoterapiei*, Bucureşti, EDP.

ŞCHIOPU, URSULA (coord.), 1997, *Dicţionar enciclopedic de psihologie*, Bucureşti, Ed. Babel.

ŞCHIOPU, URSULA, 1970, „Jocul şi alte activităţi distractive ca instrumente de psihoterapie", în *Probleme psihologice ale jocului şi distracţiilor*, EDP, Bucureşti.

ŞCHIOPU, URSULA, VERZA, E., 1981, *Psihologia vârstelor*, EDP, Bucureşti.

TROMBLY, C. A., 1989, *Occupational therapy for physical disfunction*, Williams & Wilkins, U.S.A.

TUCKER, I. & POWELL, C., 1991, *The hearing impaired children and school*, Human Horizons Series.

UDEN, VAN, A., 1977, *A world of language for deaf children. Part I: basic principles.* Swets & Zeitlinger, Amsterdam and Lisse .

UDEN VAN, A., 1983, *Diagnostic Testing of Deaf Children: The sindrom of Dyspraxia.* Swets& Zeitlinger, Amsterdam and Lisse.

VÂGOTSKI, L. S., (1934, trad. 1971-1972), *Opere psihologice alese*, vol. I-II, EDP, Bucureşti.

VERZA, E., 1996, *Psihopedagogie specială – Manual pentru clasa a XIII-a şcoli normale*, Bucureşti, E.D.P.

VERZA, E., 1987, „Metodologia recuperării în defectologie", studiu în *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei*, Universitatea din Bucureşti.
VERZA, E., 1972, „Particularităţi ale psihoterapiei în reeducarea vorbirii şi personalităţii logonevroticului", în *Analele Universităţii Bucureşti, seria Psihologie.*
VERZA, E., 2003, *Tratat de logopedie,* vol. I, Editura Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.
VERZA, E., 2009, *Tratat de logopedie,* vol. II, Editura Semne, Bucureşti.
VERZA, E., URSULA, ŞCHIOPU, 1995, *Psihologia vârstelor*, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
VERZA, E., VERZA, F. E., 2000, *Psihologia vârstelor*, Bucureşti, Ed. Pro Humanitate.
VERZA, E., 1983, *Disgrafia şi terapia ei*, EDP, Bucureşti.
VLASOVA, T. A., PEVZNER M. S., 1975, *Despre copiii cu abateri în dezvoltare*, EDP, Bucureşti.
WALTZ, M., 1999, *Pervasive Developmental Disordres: Finding a Diagnosis and GettingHelp*. Orelly& Assistens, Inc. For Book.
WILCOOK, A., 1986, *Occupational Therapy Approaches to Stroke,* Churchill Livinstone, Melbourne, London, New York
WILLIAMS, G. H., WOOD, M., 1977, *Developmental Art Therapy,* Baltimore, University Park Press.
WILLARD AND SPACKMAN, 1983, *Occupational therapy,* Sixth Edition, Edited by Helen L. Hopkins, Helen D. Smith, J.B. Lippincott CO.
ZAZZO, R.,1969, trad. 1979, *Debilităţile mintale*, EDP, Bucureşti.
ZEMŢOVA, M. I., 1965, „Osnovî kompensaţii defektov u anomalnîh detei" („Bazele compensării defectelor la copiii cu anomalii"), în Diacikov (coord), *Osnovî obuceniia i vospinaniia anomalnîh detei* (*Bazele instruirii şi educaţiei copiilor cu anomalii*) Prosveşcenie, Moskva.

ÎN LOC DE ÎNCHEIERE

Tratatul de Psihopedagogie Specială nu se poate încheia, oricât ar fi el de voluminos, deoarece tematica sa complexă şi variată va fi mereu îmbunătăţită, va deveni mereu mai complexă şi mai variată, va acumula noi informaţii, bazate pe cercetare şi pe aplicaţiile practice educaţional-recuperative, specifice domeniului, dar şi pe achiziţiile ştiinţifice din domeniile conexe psihopedagogiei speciale (îndeosebi Psihologie, Pedagogie, Asistenţă socială, Psiholingvistică, Medicină etc.) cu care interacţionează atât la nivel teoretic, cât şi practic. Progresul şi avansul înregistrat într-o ştiinţă conexă (şi nu numai) are un impact pozitiv pentru alte domenii ştiinţifice, consituindu-se într-un suport de susţinere şi documentare a paradigmelor oricărui alt domeniu.

Psihopedagogia specială, ca ştiinţă relativ tânără, a cunoscut şi cunoaşte o dezvoltare spectaculoasă, reuşind să evolueze şi să se impună ca domeniu ştiinţific autonom, aflat în deplină maturitate şi delimitare a preocupărilor sale la confluenţa ştiinţelor psihopedagogice, astfel încât acoperă un teritoriu, neglijat multă vreme, acela al studiului şi educării persoanelor aflate la limita dezvoltării şi a celor situate peste limita dezvoltării „normale" (obişnuite) a majorităţii indivizilor unei societăţi. Meritul fundamental al Psihopedagogiei speciale, prin reprezentanţii ei de seamă, teoreticieni şi practicieni este acela că au dat un scop clar pentru direcţia existenţei unor disponibilităţi de cercetare şi de acţiune, care să valorifice, la cotele normale, potenţialul uman aflat în dificultate sau într-o disponibilitate ce depăşeşte condiţia umană „normală".

Până în prezent s-a demonstrat, ştiinţific, că atât disponibilităţile psihologice inferioare, cât şi cele superioare, nu pot fi limitate la un anumit nivel al dezvoltării, resursele individului se modifică în funcţie de o serie de condiţii biologice şi psihologice, dar calitatea actului de intervenţie psihopedagogică dimensionează intervenţia optimă şi eficientă a procesului menit să dezvolte calităţi specifice individului aflat într-o situaţie dată şi a individului aspirant la valorile înalte ale societăţii.

În acest context, Psihopedagogia specială se evidenţiază ca ştiinţă, printr-o continuă asimilare a valorilor ştiinţifice din psihologie şi pedagogie, dar nu neglijează acumulările proprii bazate pe investigaţii şi pe aplicarea programelor educaţional-recuperative, menite să dezvolte personalitatea persoanelor aflate la limita inferioară/superioară a dezvoltării umane. Astfel, caracterul uman şi optim al dezvoltării umane străbate întregul domeniu al Psihopedagogiei Speciale, odată cu formarea individului pentru viaţa socială.

Coordonatorii

Tipărit la Tipografica FILARET
Str. F-ca de Chibrituri
nr. 9-11, Sector 5, București
Telefon: 021.335.75.34



Psihopedagogia specială, ca ştiinţă relativ tânără, a cunoscut şi cunoaşte o dezvoltare spectaculoasă, reuşind să evolueze şi să se impună ca domeniu ştiinţific autonom, aflat în deplină maturitate şi delimitare a preocupărilor sale la confluenţa ştiinţelor psihopedagogice, astfel încât acoperă un teritoriu neglijat multă vreme, acela al studiului şi educării persoanelor aflate la limita dezvoltării şi a celor situate peste limita dezvoltării „normale" (obişnuite) a majorităţii indivizilor unei societăţi. Meritul fundamental al Psihopedagogiei speciale, prin reprezentanţii ei de seamă, teoreticieni şi practicieni, este acela că a formulat un scop clar pentru direcţia existenţei unor orizonturi de cercetare şi de acţiune, care să valorifice, la cotele normale, potenţialul uman aflat în dificultate sau într-o disponibilitate ce depăşeşte condiţia umană „normală".

